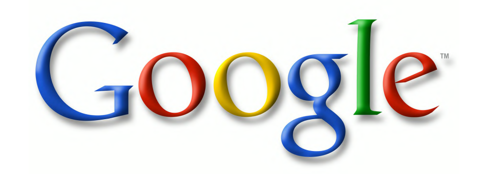
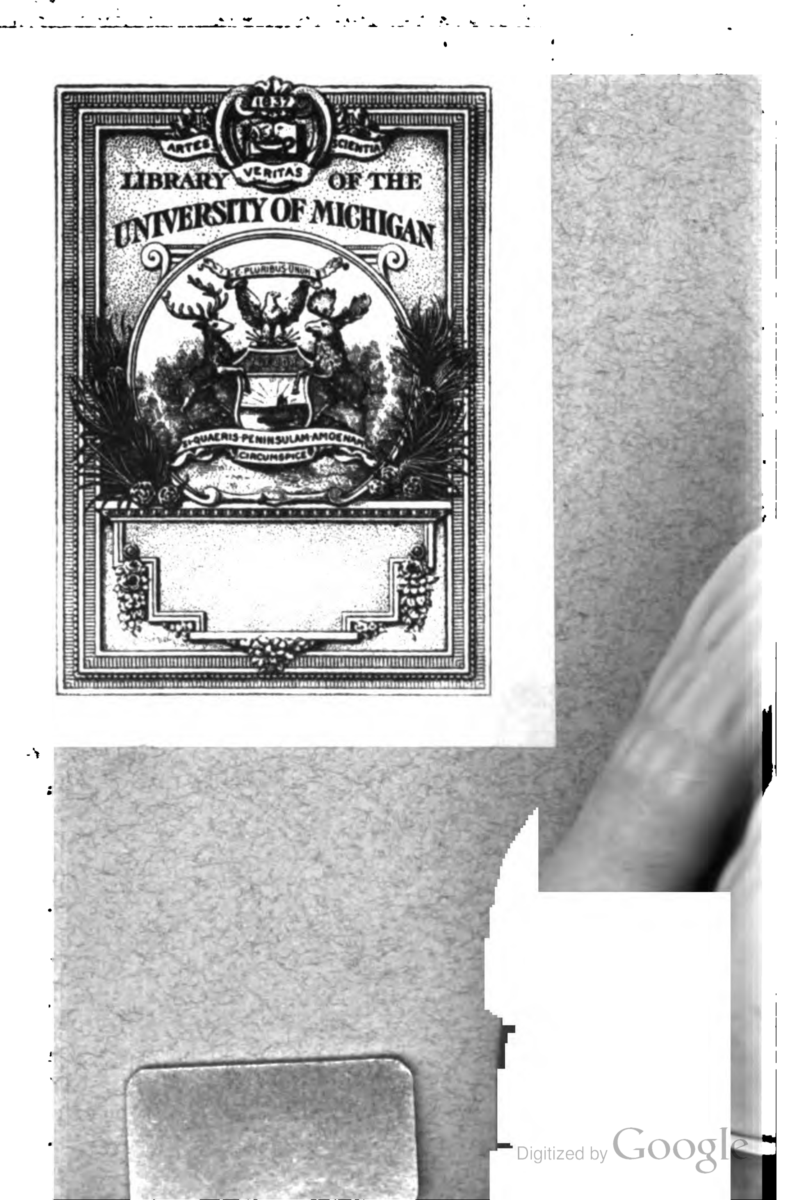
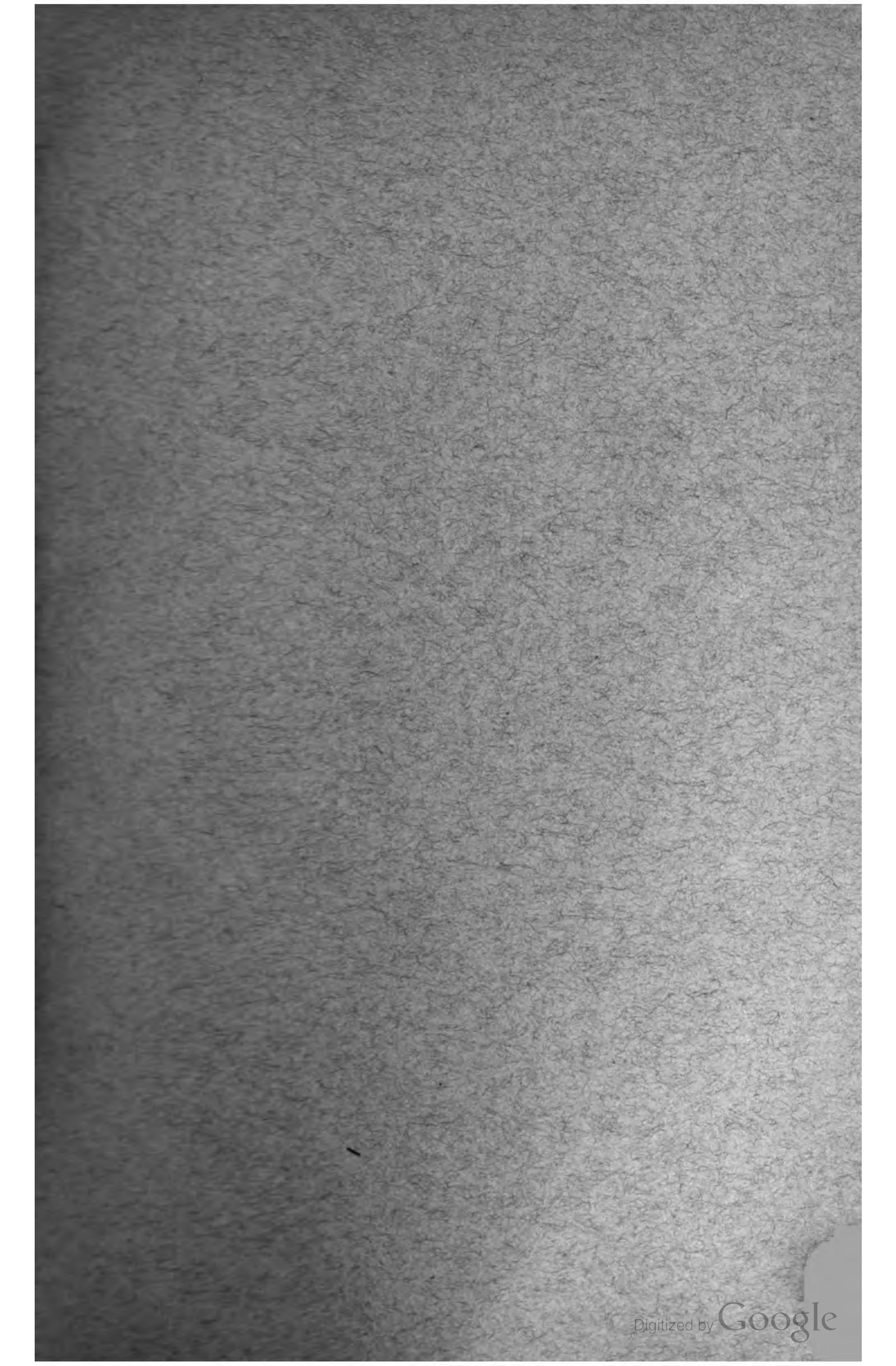




ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE







ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BONHOEFFER
BRESLAU — CRAMER
GÖTTINGEN — v. GRASHEY
MÜNCHEN — KREUSER
WINNENTAL — PELMAN
BONN — SCHÜLE
ILLENAU

DURCH

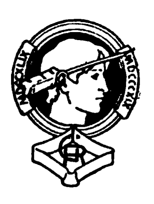
HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

FÜNFUNDSECHZIGSTER BAND

NEBST EINEM BERICHT
ÜBER DIE PSYCHIATRISCHE LITERATUR IM JAHRE 1907

REDIGIERT VON

O. SNELL LÜNEBURG



BERLIN

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1908

Inhalt.

Erstes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Zweites Heft.

Originalien.

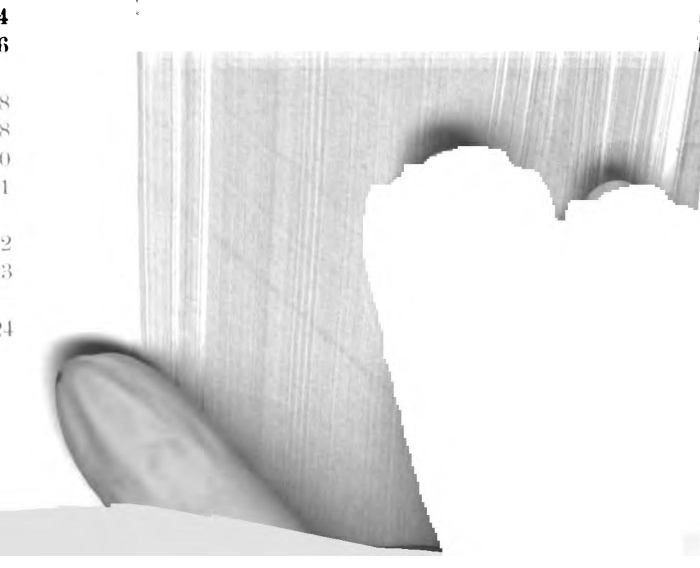
Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Drittes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.



Kleinere Mitteilungen.

Viertes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.



Fünftes Heft.

Originalien.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Kleinere Mitteilungen.

Sechstes Heft.

Originalien.

Seite

Kleinere Mitteilungen.



Über Dementia praecox, insbesondere die paranoide Form derselben[1].

Von

Dr. O. Kölpin.

Wenn man den Begriff der Dementia praecox so weit faßt, wie dies *Kraepelin* und seine Schule tun, so stellt diese Erkrankung prozentualiter wohl den größten Bestandteil aller Psychosen dar. Das macht sich bemerkbar nicht so sehr in den Stadtasylen und Kliniken, von wo die Kranken in der Regel, vielfach ohne daß bereits eine definitive Diagnose zu stellen möglich gewesen, wieder weiterbefördert werden, als besonders in den Anstalten, die auch die chronisch Kranken, die Unheilbaren verpflegen müssen. Da diese Anstalten meist einen bestimmten Aufnahmebezirk haben, so ist namentlich bei einer ziemlich seßhaften ländlichen Bevölkerung mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die große Mehrzahl entlassener Kranken, die später wieder anstaltsbedürftig werden, derselben Anstalt wieder zugeführt werden. So ist es erklärlich, daß besonders die Endzustände der Dementia praecox in den Pflegeanstalten in außerordentlich reichem Maße vertreten zu sein pflegen, und deshalb wird die klinische Psychiatrie gerade mit Rücksicht auf diese Zustände in erster Linie auf die Mitarbeit solcher Anstalten angewiesen sein. In der Tat existieren auch schon eine Reihe von Arbeiten, in denen das Dementia praecox-Material der einen oder andern Anstalt in statistischer oder klinischer Hinsicht einer Sichtung unterzogen worden ist. Ich will u. a. hier nur nennen die Arbeiten von *Bertschinger*[2],

[1]) Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Andernach a. Rh. (Direktor San.-R. Dr. *Landerer*).

[2]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 58, S. 269.

Aschaffenburg [1]), *Jahrmärker* [2]), *Schott* [3]) und *Albrecht* [4]). Immerhin erscheint auf diesem Gebiete noch viel zu tun übrig, und deshalb hielt ich es für angebracht, das Krankenmaterial, was mir die hiesige Anstalt bot, namentlich auch in klinischer Hinsicht, einer Bearbeitung zu unterziehen. In der Erwägung, daß es nicht so sehr auf die Zahl der Fälle, wie auf eine genaue Kenntnis der betreffenden Kranken ankommt, habe ich nur Fälle verwertet, die ich selbst zu sehen und zu untersuchen Gelegenheit hatte; denn nur unter dieser Bedingung erschien mir eine einheitliche Beurteilung des Materials möglich. Es handelt sich nur um Kranke weiblichen Geschlechts, und zwar um alle die Fälle von Dementia praecox, die im Februar 1907 in der hiesigen Anstalt behandelt worden sind. Alle diejenigen Fälle, bei denen eine Diagnose noch nicht sicher gestellt werden konnte, sowie solche mit ungenügender Anamnese wurden nicht berücksichtigt. Mit diesen Einschränkungen war ich in der Lage, gerade 100 Fälle zu verwerten.

Eine nicht geringe Schwierigkeit bot sich mir ebenso wie auch den meisten früheren Bearbeitern dieses Themas bei der Notwendigkeit, die Fälle unter einer der drei von *Kraepelin* aufgestellten Formen der Dementia praecox unterzubringen. Die Mehrzahl der Fälle war ja wohl ohne weiteres unterzubringen, aber bei einer ganzen Reihe war dies nicht so leicht, und bisweilen, wenn ich so sagen darf, reine Geschmackssache. Die Schwierigkeiten lagen besonders in der Abgrenzung der hebephrenischen von der katatonischen, gelegentlich auch von der paranoiden Form, während die beiden letzteren stets gut auseinanderzuhalten waren. Bei der Einteilung der Fälle habe ich mich möglichst bemüht, mich an die *Kraepelin*schen Definitionen zu halten, und habe sowohl dem Verlauf wie auch dem Endausgang der Erkrankung möglichst gerecht zu werden versucht. So habe ich z. B. Fälle, in deren Verlauf ein typischer katatonischer Stupor oder Erregungszustand aufgetreten war, zur Katatonie gerechnet, auch wenn der Endausgang sich mehr der hebephrenischen Verblödung näherte; und chronisch sich entwickelnde Fälle mit dem Endausgang

[1]) Ebenda Bd. 54, S. 1004.
[2]) Zur Frage der Dementia praecox. Eine Studie. Halle 1903.
[3]) Monatsschrift für Psychiatrie Bd. 17, Ergänz.-H. S. 99.
[4]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 62, S. 659.

in den bekannten katatonischen Symptomenkomplex habe ich ebenfalls der Katatonie zurechnen zu müssen geglaubt. Bei Berücksichtigung dieser Grundsätze stellte sich die Anzahl der hebephrenischen Fälle auf 31, die der katatonischen auf 30 und die der paranoiden auf 39.

Kommen wir nun zu den eigentlichen Ergebnissen der Arbeit.

Was zunächst die Ätiologie anbelangt, so fand ich bei meinen Kranken erbliche Belastung in 50 % aller Fälle; das ist erheblich weniger wie *Kraepelin*, der 70 %, und *Bertschinger* (a. a. O.), der 74,3 % fand. *Lomer*[1]) hat sogar 90,86 % Belastung gefunden. Wenn ich zu niedrigeren Zahlen gelangt bin, so liegt dies zum größten Teil wohl daran, daß ich als Belastung nur Trunksucht der Eltern und ausgesprochene Geisteskrankheit in der Aszendenz bzw. in Nebenlinien gerechnet habe. Angaben über Nervosität, auffallende Charaktere usw. bei den Eltern habe ich nicht verwertet, da mir diese Begriffe in der Wertschätzung von Laien, die uns ja gewöhnlich die Anamnesen liefern, doch gar zu dehnbar erschienen. Was die erbliche Belastung bei den einzelnen Gruppen anbelangt, so war sie am stärksten bei der katatonischen Form mit 61,9 %; es folgen die hebephrenische mit 45,2 % und die paranoide mit 43,6 %. *Lomer* (a. a. O.) hat darauf aufmerksam gemacht, daß Fälle, die in späteren Jahren erkrankt sind, eine geringere Belastung zeigen. Diese Erfahrung konnte ich bestätigen, wenn ich auch keine so erheblichen Unterschiede wie *Lomer* fand. Bei meinen Fällen, in denen der Beginn der Erkrankung vor das 36. Jahr fiel, betrug die Belastung 54,3 %, bei den späteren nur 40 % (bei *Lomer* jenseits des 36. Jahres nur 28,5 %).

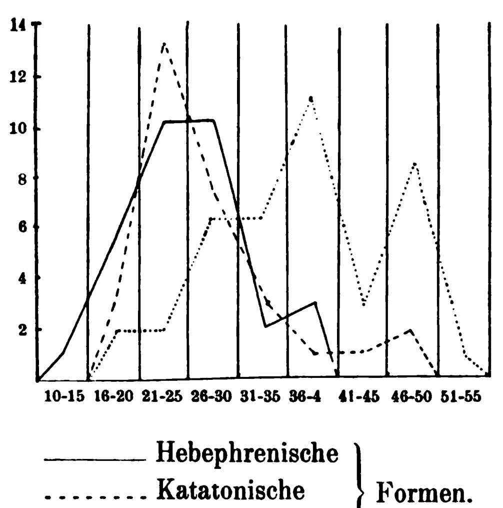
Angaben über auslösende Ursachen der Erkrankung fanden sich in 33 Fällen. Am häufigsten fanden sich erwähnt psychische Shoks der verschiedensten Art, unter denen, wie bei Frauen ja weiter nicht zu verwundern, unglückliche Liebe usw. eine große Rolle spielten; derartige psychische Momente fanden sich erwähnt bei der hebephrenischen Form 8 mal, bei der katatonischen 5 mal und bei der paranoiden 3 mal. Als nächsthäufige Ursache kommen Partus in Betracht: bei der hebephrenischen und paranoiden Form je 1 mal, bei der katatonischen 5 mal. Diese ätiologische

[1]) Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 62, S. 387.

Bedeutung des Partus für die Katatonie ist recht bemerkenswert. Schließlich waren als auslösende Momente noch genannt: 2 mal Uterinleiden, je 1 mal Scarlatina, Typhus, Pleuritis, Laktation, Operation (?) und Verletzung des Brustkorbes.

Imbezillität bzw. auffallend schlechte Begabung lag in 5 Fällen vor.

Das Alter beim Beginn der Erkrankung wird durch die beigegebene Kurve demonstriert, auf der die Zahlen auf der Abszisse die Anzahl der Jahre, die auf der Ordinate die Anzahl der Fälle angeben.



———— Hebephrenische
.... Katatonische } Formen.
.... Paranoide

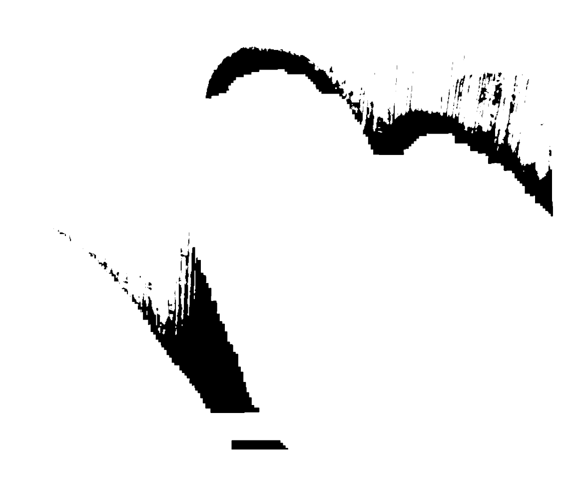
Bei der hebephrenischen Form setzte der früheste Beginn der Erkrankung im 14. Jahre ein, der späteste im 38. Jahre. Die Kurve steigt ziemlich schnell an, erreicht ihren Höhepunkt zwischen dem 26. und 30. Jahre, behält diese Höhe auch noch während des nächsten Quinquenniums bei und sinkt dann schnell wieder.

Bei der katatonischen Form zählte der jüngste Fall beim Beginn 17, der älteste 48 Jahre. Die Kurve erhebt sich sofort sehr steil zu dem Maximum, das zwischen das 21. und 25. Jahr fällt und sinkt dann fast ebenso schnell wieder, erreicht ihren Endpunkt aber erst jenseits des 45. Jahres.

Bei der paranoiden Form liegen die Grenzen der Erkrankung zwischen dem 16. und dem 51. Jahre. Die Kurve steigt hier nur

tsalter beim Beginn der Erkrankung
en 25,4, 27,1 und 37,1 Jahre.
dieser Kurven gewonnenen Resultate
Bestätigung für einen früheren Beginn
ommen der hebephrenischen Formen gegen-
Daß beide in typischer Weise jenseits des
onischen sogar direkt im Rückbildungsalter
eute ja allgemein anerkannt und braucht
u werden. Während die Kurven für die
wesentlichen denselben Verlauf zeigen,
Differenz beider gegenüber der Alterskurve
erkbar. Daß diese letztere vielfach den
ehört, ist ja bekannt; dies kommt nament-
bzw. 10 Jahre höheren Durchschnittsalter
ıg zum Ausdruck. Ebenso wie *Bertschinger*
. O.) konnte ich mit aller Deutlichkeit ein
n dem Jahrfünft von 45—50 Jahren fest-
limakteriums ist hier wohl unverkennbar.
en einzelnen klinischen Bildern innerhalb

nischen Form (31 Fälle) finden wir
[1]) als „Dementia simplex" be-
neunmal vertreten. Ganz allmählich ent-
tere psychotische Symptome ein Schwach-
hweren Formen der Verblödung vorschritt.
ınken wenig in die Erscheinung; sie sind
weitergehenden Wünsche und Interessen,
ıebliche Reizbarkeit. Gewöhnlich sind sie
ıoch ganz gut zu gebrauchen. Eine meiner
versatile Form des Schwachsinns, mußte
gen, schwatzte fast andauernd.



rie Bd. 37, S. 111.

Während man im allgemeinen annimmt, daß diese Form der Erkrankung als fast spezifisch für die Pubertätszeit anzusehen ist (*Wernicke*, *Schüle*, *Trömner*), konnte ich diese Erfahrung bei meinen Fällen nicht bestätigen: nur bei dreien fiel der Beginn vor das 20. und bei zwei weiteren vor das 25. Jahr; der älteste Fall erkrankte erst mit 30 Jahren. Ich will dabei aber gern zugeben, daß ein früherer Beginn der Erkrankung, wie in der Anamnese angegeben, sehr wohl möglich ist; ist doch die Entwicklung dieser Demenz meist eine ganz schleichende, und ceteris paribus wird die geistige Veränderung bei einer Frau nicht so bald auffallen wie bei einem Manne, der im allgemeinen im sozialen Leben sich doch viel intensiver zu betätigen hat. Die Zeit vom Beginn der Erkrankung bis zur Unterbringung der Erkrankten in eine Anstalt schwankte zwischen 2 und 38 Jahren. Zu Remissionen neigt die Dementia simplex augenscheinlich nicht; auch in meinen Fällen war der Verlauf stets ein kontinuierlicher.

In den übrigen 22 zu der hebephrenischen Form gehörigen Fällen entwickelte sich die Störung ebenfalls fast stets recht allmählich, nur in zwei Fällen war sie als subakut zu bezeichnen. Die Erkrankung verlief in der Regel derart, daß sich Schritt für Schritt eine weitgehende Veränderung der gesamten psychischen Persönlichkeit entwickelte. Die Kranken verloren das Interesse an ihrer Beschäftigung, kümmerten sich nicht mehr um Mann und Kinder, besorgten den Haushalt nicht mehr, benahmen sich auffallend, trieben sich umher, vernachlässigten sich in der Kleidung, wurden sehr reizbar. In reichlich der Hälfte der Fälle kam es, meist ziemlich im Beginn der Erkrankung, aber gelegentlich auch bei schon längerem Bestehen derselben, zur Bildung von Wahnideen, und zwar ganz vorwiegend im Sinne der Verfolgung; Beziehungswahn und Sinnestäuschungen waren dann in der Regel ebenfalls anzutreffen. Selten bestanden die beiden letztgenannten Symptome für sich allein, ohne daß es zur Ausbildung eigentlicher Wahnideen kam. Nur in einem Fall wurden Größenideen festgestellt; hypochondrische Vorstellungen waren ebenfalls nicht sehr häufig. Bei einer kleinen Anzahl von Fällen (vier) bestand im Anfang ein ängstlich gefärbter Depressionszustand, in dem es bisweilen zu Sinnestäuschungen und zum Auftreten von Versündigungs- und Verfolgungswahnvorstellungen kam. Der Affekt trat stets recht bald zurück. Auch die Wahnideen waren, wenn über-

haupt, stets nur anfangs affektbetont; teils verschwanden sie bald wieder, teils blieben sie, dann meist zusammen mit Sinnestäuschungen, noch jahrelang bestehen; zu einer wirklichen Systematisierung aber kam es auch dann nie.

Wenngleich also die Rolle der Wahnideen in dem hebephrenischen Krankheitsbilde im großen ganzen nur eine nebensächliche war, so gab es doch Fälle, wo sie sich mehr in den Vordergrund drängten, und wo man, wie ich schon eingangs erwähnte, zweifelhaft sein konnte, ob der betreffende Fall noch zur hebephrenischen oder schon zur paranoiden Form gerechnet werden sollte.

Der Verlauf der hebephrenischen Fälle ist fast durchweg bis zur Erreichung des Endstadiums ein kontinuierlicher. Nur ganz vereinzelt finden sich erheblichere Schwankungen in der Intensität der Krankheitserscheinungen bzw. leichte Remissionen erwähnt. Mitunter gelangten die Kranken nach Abklingen der ersten etwas stürmischeren Symptome zur Entlassung, wurden aber dann draußen zunehmend schwachsinniger, bis ihre erneute Aufnahme in die Anstalt erfolgen mußte.

In bezug auf den Endausgang ist zu bemerken, daß leichtere Grade des Schwachsinns nur selten waren. Das erklärt sich wohl ungezwungen daraus, daß die leichteren Fälle von Hebephrenie vielfach sich draußen noch halten können und nicht in Anstaltspflege gelangen. Bei den in der Anstalt befindlichen Kranken trifft man gewöhnlich mittelschwere und schwere Grade des Schwachsinns an, und zwar in den verschiedensten Abstufungen. Ihnen allen gemeinsam ist das blöde Wesen, der Mangel jeglicher Initiative, jeglicher gemütlichen Regung, jeglichen Eingehens auf ihre Umgebung; für alles, was nicht mit der Befriedigung ihrer unmittelbaren körperlichen Bedürfnisse zusammenhängt, fehlt ihnen alles Interesse; wunschlos und stumpf dämmern sie dahin; im allgemeinen träge und gleichgültig, können sie gelegentlich meist ganz unvermittelt doch äußerst brutal und gewalttätig werden. Im allgemeinen halten die Kranken sich für sich, reden wenig, lachen bei Anrede nur blöde oder verlegen, geben wenig Auskunft. Bei verschiedenen Fällen fand sich Sprachverwirrtheit, auf der andern Seite aber auch Mutazismus. Bei einzelnen Kranken bestanden Manieren und Stereotypien, ohne indes besonders hervorzutreten.

Die Fälle der katatonischen Gruppe (30) erkrankten fast alle akut oder subakut; ein mehr chronischer Beginn fand sich nur in sechs Fällen. In mehr wie zwei Dritteln der Fälle bestand im Anfang ein Depressionszustand, der fast regelmäßig mit Sinnestäuschungen, häufig auch mit Beziehungswahn, Verfolgungs- und Versündigungsideen, bisweilen auch mit hypochondrischen Wahnvorstellungen einherging; mit motorischer Erregung fand er sich ebenfalls des öfteren vergesellschaftet. Ungefähr die Hälfte aller depressiv beginnenden Erkrankungen ging in einen mehr oder weniger schweren Stupor über, dessen Dauer außerordentlich variierte (eine Kranke befindet sich jetzt schon 25 Jahre in einem solchen Stupor!). In etwa einem Viertel der Fälle begann die Erkrankung mit Erregungszuständen, die meist eine deutliche manische Färbung trugen, aber doch in der bekannten Weise von den Zuständen des manisch-depressiven Irreseins sich unterschieden. Auch sie gingen in der Regel mit zahlreichen Sinnestäuschungen einher; zur Bildung von Größenideen kam es indes nur selten. Auch die Erregungszustände variierten erheblich in ihrer Dauer. In zwölf Fällen fand sich ein Nacheinander von Stupor und Erregung bzw. umgekehrt. In einem Falle begann die Erkrankung mit einem „schlaganfallähnlichen" Zustande; Anfälle im weitern Verlauf der Erkrankung wurden sonst nur noch viermal notiert und trugen alle epileptiformen Charakter.

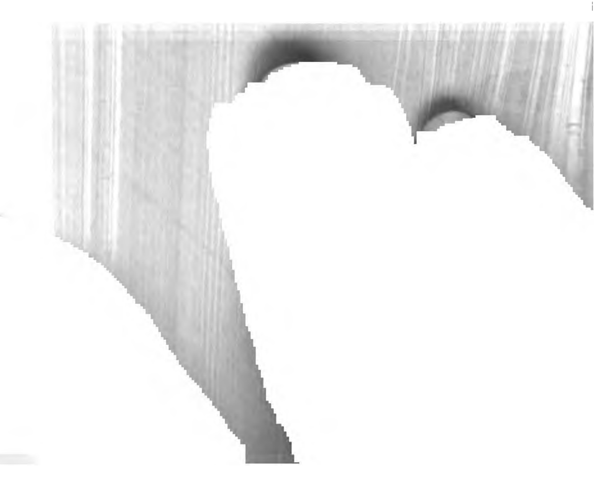
Über den Verlauf der katatonischen Erkrankung läßt sich noch sagen, daß etwa vorhandene Wahnideen hier wie bei der vorigen Gruppe nur eine vorübergehende Rolle zu spielen pflegen. Wichtiger sind die Sinnestäuschungen, die bisweilen jahrzehntelang fortbestehen und öfter den Grund zum Ausbrechen explosiver Erregungszustände abgeben.

Die Neigung dieser Gruppe zu Remissionen ist viel ausgeprägter wie bei der vorigen Gruppe. Erhebliche Remissionen von längerer Dauer, mitunter in mehrfacher Wiederholung, fanden sich in rund einem Drittel der Fälle. Die Dauer der Remissionen betrug bis zu 10 Jahren. Mehrfach galten die Kranken in dieser Zeit für ganz gesund, waren jedenfalls in keiner Weise auffällig. Eine Kranke, die draußen ebenfalls für gesund gegolten, gab mir indes an, daß sie sich nach der anfänglichen Erkrankung doch nie wieder ganz so befunden habe wie vor derselben. Ein Unterschied zwischen den de-

geprägte gemütliche Verblödung, bei
ren und Stereotypien. Im ganzen über-
des Schwachsinns. In etwa einem Drittel
ng das bekannte Bild des katatonischen
tazismus, Negativismus usw., wenngleich
er Ausbildung. Nur bei verhältnismäßig
at das manirierte Wesen und zahlreiche
Vordergrund, daß sie das ganze Krank-
einem Falle fand sich eine choreiforme

n bei dieser Gruppe wieder die Reizbarkeit
e ausgesprochene Neigung zu impulsiven

en Form gehörigen Fälle (39) begannen
Mehrzahl mehr oder minder chronisch;
akuter oder subakuter Beginn vermerkt.
en Psychose ein bisweilen jahrelang an-
n voraus, wo die Kranken sehr „nervös"
verändertes, reizbares oder hochfahrendes
r machte. Die ersten psychotischen Sym-
lich in Form von Sinnestäuschungen, Be-
igungs- und Verfolgungsideen. In fast der
angs eine gedrückte, deprimierte Stimmung,
r ernsthafte Suizidversuche machten. Ver-
diesen depressiven Zuständen indes nur
chungen fanden sich nur in fünf Fällen in
icht vermerkt. Namentlich in der ersten
rrschten sie vielfach das ganze Krankheits-
n Fällen spielten sie während des ganzen
nicht unerhebliche Rolle; in der Mehrzahl
lich mehr zurück bzw. wurden von de



Kranken weniger beachtet. Was den Inhalt der Wahnvorstellungen anbelangt, so fanden sich Verfolgungsvorstellungen ausnahmslos in allen Fällen, darunter ungefähr bei der Hälfte in der Form des Wahns der körperlichen Beeinflussung. In fast drei Fünfteln aller Fälle (24) kam es zur Bildung von Größenideen, die gewöhnlich erst im späteren Verlauf der Erkrankung sich hinzugesellten; nur viermal traten sie vor den Verfolgungsideen auf. In einem Falle lag eine sogenannte Paranoia originaria vor.

Wenngleich öfter Schwankungen in der Intensität der Krankheitserscheinungen vorkommen, so ist die Neigung zu weitergehenden Remissionen bei den paranoiden Formen der Dementia praecox im allgemeinen doch recht gering. In zwei Fällen entwickelte sich die Erkrankung in zwei Schüben — davon einmal im Anschluß an zwei aufeinander folgende Partus —, zwischen denen keine Krankheitserscheinungen beobachtet sein sollen.

Was nun den Verlauf und Ausgang der paranoiden Fälle anbelangt, so kann man hier folgende Typen unterscheiden:

a) Es kommt bald zum Ausbau eines Systems, das bei andauernden zahlreichen Sinnestäuschungen immer komplizierter wird und immer weitere Kreise zieht; der Inhalt der Wahnideen wird dabei immer abenteuerlicher und abstruser (phantastische Verrücktheit). Die Kranken bleiben dabei stets besonnen und affekterregbar. Ein gröberer Intelligenzdefekt tritt nicht ein, doch ist nach längerem Bestehen der Erkrankung eine gewisse Urteilsschwäche wohl meist vorhanden. Diese Fälle sind nicht sehr zahlreich.

b) Die häufigste Form: es kommt ebenfalls zur Ausbildung eines Systems, das indessen vielfach nur recht dürftig bleibt. Früher oder später kommt es dann zu einem Stillstande: neue Wahnideen werden nicht mehr produziert und immer nur die alten in oft recht monotoner Weise vorgebracht. Die Sinnestäuschungen pflegen noch lange fortzubestehen, ohne indessen von den Kranken besonders beachtet zu werden. Die Stimmung der Kranken ist meist eine mißmutige; sie sind sehr reizbar, schimpfen bei jeder Annäherung sind vielfach ganz abweisend und rücken nur gelegentlich im Affekt mit ihren Wahnvorstellungen heraus. Seltener sind die Fälle, wo bei Überwiegen der Größenideen die Kranken sich in einer andauernd leicht gehobenen Stimmung befinden und ein herablassend hoch

ıt.

noch eine dritte, etwa ein Fünftel aller
wo die vorhandenen Wahnideen gar nicht
ematisiert sind und sehr bald vollkommen
den, oder wo in buntem Wechsel immer
gen geäußert werden. Schon bald nach
ist ein zunehmender Schwachsinn unver-
rkeit nimmt ab, die gemütliche Stumpfheit
rem ganzen Wesen sind die Kranken un-
ı sich. In ihren sprachlichen Äußerungen
erworren, produzieren vielfach den richtigen

meiner Zusammenstellung. Im Anschluß
einige theoretische Erörterungen gestattet
ıfang und die Definition der hebephrenischen
ı möchte ich mich durchaus auf den *Kraepe-*
en. Nur in bezug auf die Prognose bin ich
ıungen gekommen. Ich bin noch nie in der
ommene dauernde Heilung der Dementia
h der katatonischen Form, konstatieren zu
rklich Heilung ein, dann handelte es sich
erordentlich ähnliches, aber, davon bin ich
hes Krankheitsbild. Verlauf und Symp-
nn nie derartig, daß es sich nur um eine
leln konnte und handeln mußte; es lag
hkeit der Annahme einer Amentia oder
manisch-depressiven Irreseins vor. Ich
der Ansicht gekommen, daß
Dementia praecox in jedem
struktiven Krankheitsprozeß



Wie ich schon eingangs betonte, empfand ich in vielen Fällen lebhaft die Schwierigkeit, die katatonischen und hebephrenischen Formen auseinanderzuhalten. So leicht dies für die typischen Fälle ist, so schwer ist es oft für die zahlreichen Übergangsformen zwischen beiden. Namentlich bei der katatonischen Verlaufsform mit ausgeprägten typischen Exzitations- bzw. Stuporzuständen zeigt der Endausgang in keiner oder doch nur sehr wenig erheblicher Weise die spezifischen katatonischen Symptome (Befehlsautomatie, Echosymptome, Manieren und Stereotypien). Umgekehrt fanden sich manche dieser Züge in Fällen, die ihrem ganzen Verlauf nach nicht wohl anders als hebephrenische angesprochen werden konnten. Es ist deshalb ja auch schon der Vorschlag gemacht worden, beide Formen als Dementia hebephreno-catatonica zusammenzufassen. Im übrigen zeigte sich die charakteristische Form des Schwachsinns mit dem hervorstechenden Symptom der Disharmonie, der Dissoziation zwischen intellektueller und gemütlicher Sphäre bei den Hebephrenen wie bei den Katatonikern in ganz derselben Weise. Die heute auch wohl meist akzeptierte Ansicht, daß beiden Formen derselbe Krankheitsprozeß zugrunde liegt, daß die Eigentümlichkeiten der katatonischen Form wohl auf ein akuteres Einsetzen der — uns im übrigen ja noch ganz unbekannten — Schädigung zurückzuführen ist, muß ich auf Grund meiner Resultate durchaus bestätigen.

Der strittigste Punkt in dem heutigen Stande der Dementia praecox-Frage ist die Stellung, die die Dementia paranoides einnimmt. Hier ist *Kraepelin*, der ja die Grenzen dieser Form und damit der Dementia praecox überhaupt außerordentlich weit gezogen hat, auf sehr verschiedene Beurteilung gestoßen. So konnte, um hier nur einige Autoren herauszugreifen, schon *Aschaffenburg* (a. a. O.) sich nicht entschließen, jenes Krankheitsbild als eine Abart der Dementia praecox anzuerkennen. *Meeus*[1]) meint, daß die paranoide Form sich nur mit Zwang dort einfügen lasse. Auch *Klipstein*[2]) verhält sich durchaus ablehnend, desgleichen *Dercum*[3]). *Stransky*[4]) reiht nur die Fälle mit rasch eintretender Gemütsverblödung und

[1]) Ref. Neurolog. Zentralblatt 1905.
[2]) Neurologisches Zentralblatt 1906, S. 373.
[3]) Ebenda, S. 1013.
[4]) Zentralblatt für Neurologie 1904.

mit zerfahrenen Wahnideen in die Dementia praecox ein. Einen ganz ähnlichen Standpunkt vertritt *Hoche*[1]); er rechnet zur Dementia paranoides nur Fälle, die gekennzeichnet sind „durch eine nach kurzen, einleitenden depressiven Symptomen einsetzende und rasch fortschreitende, ungemein reichliche Wahnbildung, die sehr bald die abenteuerlichsten und unsinnigsten Formen annimmt; nach relativ kurzer Zeit, höchstens nach wenigen Jahren, wird ein Zustand schwachsinniger Verwirrtheit erreicht" usw. Auch *Schott* (a. a. O.) steht auf einem ähnlichen Standpunkt. *Diem* (a. a. O.), *Bertschinger* (a. a. O.) und *Albrecht* (a. a. O.) fußen dagegen ganz auf den Lehren *Kraepelins*.

Kraepelin selbst unterscheidet ja bekanntlich zwei Formen der Dementia paranoides. Bei der ersten handelt es sich um „das dauernde Bestehen massenhafter, zusammenhangsloser, immerfort wechselnder Verfolgungs- und Größenideen mit leichter Erregung; der Ausgang erfolgt in schwachsinnige Verwirrtheit". Bei der zweiten, erheblich größeren Gruppe finden sich Fälle, die dadurch gekennzeichnet sind, daß sich „abenteuerliche Wahnvorstellungen, meist von zahlreichen Sinnestäuschungen begleitet, in mehr zusammenhängender Weise entwickeln und eine Reihe von Jahren festgehalten werden, um dann entweder wieder zu verschwinden oder völlig verworren zu werden. Den Ausgang des Leidens bildet auch hier die psychische Schwäche".

Die erste dieser beiden Formen deckt sich wohl ziemlich genau mit den Fällen, deren Zugehörigkeit zur Dementia praecox sowohl *Stransky* wie *Hoche* zugeben. Von den von mir oben unterschiedenen drei Gruppen würde die letzte hierher gehören. Auch ich bin der Ansicht, daß man diese Fälle unbedenklich zur Dementia praecox rechnen kann. Ich sage das namentlich mit Rücksicht auf den Endausgang. Die hier sich entwickelnden Defektzustände ähneln durchaus denen, die wir auch sonst bei der Dementia praecox zu sehen bekommen, namentlich bei der hebephrenischen Form; gelegentlich können wir auch einzelne katatonische Züge bei diesen Kranken wahrnehmen. Wahnideen der mannigfachsten Art kommen ferner ja auch bei den andern Formen der Dementia praecox vor. Ihr stärkeres In-den-

---

[1]) Lehrbuch der Psychiatrie. Herausgegeben von *Binswanger* und *Siemerling*.

Vordergrund-treten ist für die paranoide Form genau so charakteristisch wie die einfache Verblödung für die hebephrenische und gewisse motorische Symptome für die katatonische Form. Eine weitere Eigentümlichkeit scheint in dem durchschnittlich nicht unerheblich späteren Beginn dieser Erkrankung gegeben (ein Unterschied zwischen den einzelnen Verlaufsformen der paranoiden Gruppe ließ sich hier nicht feststellen). Vielfach erscheint es sehr schwierig, hebephrenische Fälle mit etwas stärker hervortretenden Wahnideen von diesen Fällen zu unterscheiden, jedenfalls mindestens so schwierig. wie die letzteren von den andern paranoiden Formen zu trennen.

Erheblich schwieriger aber liegen die Verhältnisse bei der Klassifikation von *Kraepelins* zweiter Form der Dementia paranoides — meiner ersten und zweiten Form. Ist hier die Anschauung *Kraepelins* berechtigt oder die der andern Autoren, die glauben, diese Formen — wie dies ja früher *Kraepelin* selber tat — zur Paranoia rechnen zu müssen? Um diese Frage beantworten zu können, müssen wir uns klarmachen, einmal, was diese Krankheitsbilder mit der Dementia praecox einerseits und der Paranoia andererseits gemeinsam haben, und sodann, wodurch sie sich von den beiden genannten Erkrankungen unterscheiden.

Gemeinsam mit den anerkannt der Dementia praecox zugehörigen paranoiden Fällen ist dieser Gruppe nach *Kraepelin*, „daß neben den Erscheinungen einer rasch sich entwickelnden psychischen Schwäche unter vollkommener Erhaltung der Besonnenheit Wahnbildungen und meist auch Sinnestäuschungen eine hervorragende Rolle spielen". Den Endausgang bildet der „halluzinatorische Schwachsinn". Es kommt zu einer deutlichen Urteilsschwäche und einer mehr oder weniger ausgesprochenen Einengung der gesamten geistigen Interessen. Dem gegenüber muß geltend gemacht werden, daß die psychische Schwäche hier doch gewöhnlich erheblich später auftritt wie bei der ersten Gruppe, und daß sie sich in der Regel nur in mäßigen Grenzen hält. Ferner genügt allein die Tatsache, daß es hier wie bei der Dementia praecox schließlich zur Demenz kommt, doch wohl nicht ohne weiteres, um diese Fälle unter die Dementia praecox zu rubrizieren und damit die beiden zugrunde liegenden Krankheitsprozesse für identisch zu erklären. Gewiß finden sich auch hier manche Züge,

die an die gemütliche Verblödung der Dementia praecox erinnern, aber derartige Züge weist ja schließlich jede Demenz auf. Um als beweisend und charakteristisch angesehen zu werden, müßten diese Züge in ganz anderer Weise das Krankheitsbild beherrschen. *Kraepelin* meint ferner, daß in dem Wahn der körperlichen Beeinflussung, dem Gefühl der Abhängigkeit von fremder Macht der Ausdruck einer Willensstörung zu sehen sei, die konform sei der bei Dementia praecox. Wenn das der Fall wäre — warum kommt es hier denn nicht zu den sonstigen Äußerungen der der Dementia praecox eigentümlichen Willensstörungen, zu impulsiven Handlungen, zu Negativismus usw.?

Schließlich führt *Kraepelin* noch an, daß die paranoiden Fälle vielfach einzelne katatonische Zeichen, stuporöse und Erregungszustände, Manieren, Wortspielereien, Wortneubildungen, Sprachverwirrtheit darbieten. Das mag für seine erste Gruppe der paranoiden Fälle zutreffen; für die zweite aber muß ich wenigstens das Vorkommen von stuporösen bzw. Erregungszuständen (scil. katatonischen) auf Grund meines Materials bezweifeln. Und was die Manieren anbelangt, so waren dieselben hier stets psychologisch motiviert, von den Kranken als Schutzmaßregel gegen feindliche Einflüsse gedacht und traten nicht wie bei der Katatonie als selbständige motorische Symptome auf.

Sodann wäre zu untersuchen, in welchem Verhältnis die zweite Gruppe der paranoiden Fälle zur Paranoia steht. Wenn wir den Begriff der Paranoia so weit fassen wie diejenigen Autoren, die in dieser Frage keine Anhänger *Kraepelins* sind, so lassen sich jene Fälle sehr wohl hier unterbringen. Ich halte es aber für besser, wenn wir den folgenden Ausführungen die erheblich engere Fassung, die *Kraepelin* dem Begriff der Paranoia gibt, zugrunde legen. Nach der Definition dieses Autors charakterisiert sich die Paranoia durch die Herausbildung eines unerschütterlichen Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln. Die Wahnideen halten sich im allgemeinen innerhalb des Bereiches des Möglichen; Sinnestäuschungen fehlen oder spielen eine ganz untergeordnete Rolle. Den Ausgang bildet eine langsam zunehmende psychische Schwäche, die sich indes erst im Laufe mehrerer Jahrzehnte geltend macht und die wesentlich in einem Verlust der geistigen Regsamkeit besteht. Hält man sich an diese Definition, dann liegen die Unterschiede gegenüber unseren Fällen auf der Hand.

Einmal ist hier der Inhalt der Wahnideen ein phantastischer, absurder, ferner spielen Sinnestäuschungen lange Zeit, mitunter während der ganzen Dauer der Erkrankung, eine nicht unerhebliche Rolle, und schließlich ist der Endausgang hier viel eher als ein wirklicher Defektzustand anzusprechen. Gemeinsam dagegen sind beiden Erkrankungen die langsame Entwicklung, die Bildung von Wahnideen aus dem Stadium des Beachtungswahns heraus, und jenes Moment, das, wie *Schott* (a. a. O.) betont, für den Paranoiabegriff notwendig ist: das Festhalten der leitenden und fortwirkenden Grundidee von Anfang bis zu Ende.

Resümieren wir nun die Ergebnisse obiger Ausführungen, so werden wir uns wohl nicht dazu entschließen können, die in Rede stehenden Fälle zur Dementia praecox zu rechnen. Die Ähnlichkeiten, die zwischen beiden bestehen, sind eben doch wohl recht unsicherer und fragwürdiger Natur. Erheblich mehr Gewicht möchte ich den Momenten beilegen, die unsere Fälle mit der Paranoia gemeinsam haben. Trotzdem aber möchte ich sie auch hierher nicht zählen. Ich halte die enge Fassung, die *Kraepelin* dem Paranoiabegriff gegeben hat, für einen großen Fortschritt und möchte nicht, daß dieser Begriff durch Hinzunahme unserer Fälle, die doch in verschiedenen nicht unwesentlichen Punkten davon differieren, eine m. E. unnötige Erweiterung erfährt. Wir haben es ja durchaus nicht nötig, dieselben à tout prix einer der großen Krankheitsgruppen unterzuordnen. Unsere psychiatrischen Krankheitsbegriffe sind auch ohne das meist schon verschwommen genug, so daß wir froh sein sollten, wenn wir ein neues, selbständiges Krankheitsbild aufzustellen in der Lage sind. Und ich meine, die zweite Form der bisher sogenannten Dementia paranoides ist nach Verlauf und Ausgang charakteristisch genug, um als ein derartiges selbständiges Krankheitsbild gelten zu können. Ich würde nun vorschlagen, nur für die dieses Krankheitsbild konstituierende Gruppe der paranoiden Erkrankungen die bereits eingeführte Bezeichnung Dementia paranoides zu reservieren, da dieser Name ihre Eigenart sehr gut kennzeichnet, *Kraepelins* erste Gruppe der bisher so genannten Erkrankung aber einfach als paranoide Form der Dementia praecox zu bezeichnen. Ob die besondere Stellung der Dementia paranoides

sich wird aufrecht erhalten lassen, das muß die Zukunft lehren; vielleicht wird hier später einmal die pathologische Anatomie das letzte Wort reden. Bis auf weiteres halte ich es jedenfalls für das Beste, diese Fälle für sich gesondert zu betrachten. Daß es von ihnen Übergänge zur Paranoia einerseits, zur Dementia praecox andererseits gibt, braucht uns weiter nicht zu stören, denn derartige Übergangsformen kommen ja schließlich überall vor.

Zum Schluß noch ein Wort zur Nomenklatur. So eingebürgert die Bezeichnung Dementia praecox auch heute gelten muß, so wird ihr doch immer wieder zum Vorwurf gemacht, daß das Prädikat praecox unzutreffend ist, weil eine größere Zahl von Fällen erst jenseits der Entwicklungsjahre erkrankt. *Gross* hat deshalb, unter Bezugnahme auf das charakteristische Symptom der Erkrankung, das Mißverhältnis zwischen Affekt und Vorstellung, den Vorschlag gemacht, sie als Dementia sejunctiva zu bezeichnen. Dieser Vorschlag hat weiter keinen Anklang gefunden; trotzdem halte ich ihn für recht glücklich, nur möchte ich, um Mißdeutungen des Wortes sejunktiv (bzgl. des *Wernicke*schen Begriffes der Sejunktion) zu vermeiden [1]), vorschlagen, statt dessen das synonyme dissoziativ zu setzen. Wir könnten dann also von einer hebephrenischen, einer katatonischen und einer paranoiden Form der dissoziativen Demenz sprechen.

---

[1]) Vgl. *Stransky,* Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox. Neurologisches Zentralblatt 1904.

Statistische Untersuchungen über geheilte Epileptiker.

Aus den Anstalten für Epileptische zu Bethel bei Bielefeld.

Von

Dr. med. **Volland,** Oberarzt.

Binswanger weist in seinem grundlegenden Werke [1]) darauf hin, daß Zählungen über die Häufigkeit der Heilung der Epilepsie nur in beschränktem Maße vorliegen. *Hufeland* hält auf Grund seiner langen ärztlichen Erfahrung 5 % aller Fälle für heilbar, und *Müller* konnte auf Grund sorgsamer Untersuchungen diese Annahme bestätigen. Im allgemeinen herrschen auch heute noch, namentlich in Laienkreisen, über die Heilbarkeit dieses eigentümlichen Leidens pessimistische Anschauungen, die auch von manchen älteren Autoren (*Esquirol*, *Georget*, *Delasiauve*) geteilt wurden. *Odier*, *Portal*, *Herpin*, *Trousseau*, *Maissonneuve* sind allerdings schon früher für die Möglichkeit der Heilung der Epilepsie eingetreten. In neuerer Zeit betonen jedoch die erfahrensten Autoren, *Binswanger*, *Gowers*, *Féré* auf Grund ihrer Beobachtungen übereinstimmend mit Entschiedenheit, daß nicht nur die Epilepsie bei jugendlichen Patienten einer spontanen, definitiven Ausheilung fähig ist, sondern daß auch in reiferem Alter eine Reihe von Fällen mit oder ohne Behandlung zur Ausheilung gelangen kann. *Féré* [2]) sagt wörtlich [3]): „Die Epilepsie der ersten Kindheit heilt oft, ja man kann sagen meist. Sehr viele Kinder haben infolge einer Darmaffektion einen einzigen Anfall und keinen weitern. Manche haben Krämpfe, die sich bei den verschiedensten peripheren Reizen oder allen akuten Krankheiten, die sie durchmachen müssen, wiederholen. Manchmal gehen die Krämpfe auch nach dem Verschwinden der offenbaren

[1]) Die Epilepsie, 1899.

[2]) Die Epilepsie (übersetzt von *Ebers*, Leipzig 1896).

[3]) S. 410.

die Eklampsie sowohl als Vorspiel wie auch
e der Epilepsie ansehen. Die von *Gowers*
igkeit der Heilung der Epilepsie bei älteren
o, „daß diese Leute lange dem epileptogenen
ıen sie ausgesetzt waren, widerstanden haben,
ger stark prädisponiert zu sein scheinen".
im Alter entschieden die Empfänglichkeit
chen Reizen gegenüber sich abschwäche.
elhaft — und darin werden ihm wohl alle
eipflichten —, daß durch Einführung der
ler Epilepsie sich deren Prognose entschieden
Zeit ist ohne Zweifel eine weitere günstige
ntückischen Leidens zu verzeichnen durch
ıen Therapie mit den bekannten hygienisch-
Trotzdem ist bekanntlich die Prognose
h je nach der Art des betreffenden Falles
n kann, immer noch als sehr zweifelhaft
ler größten Vorsicht zu stellen.
chten können, wenn er das Leiden für um
r es ist, je häufiger die Anfälle auftreten,
en Pat. an sich hat und je schwerer seine Be-
ei auf die nicht seltene günstige Erfahrung
hingewiesen, wo die Krämpfe nach Auf-
eizes (Blei, Alkohol, Tabak) in vielen Fällen

unter Heilung der Epilepsie? Seit Jahren
talten der Gebrauch, die Kranken als relativ
mindestens ein Jahr nach dem Auftreten
nsultes verstrichen ist.

).

Selbstverständlich muß man sich dabei bewußt bleiben, daß diese Frist eine durchaus willkürliche und ziemlich kurze ist. Denn nicht nur monate-, sondern jahrelang kann der frühere Kranke sich eines körperlichen und geistigen Wohlbefindens erfreuen, bis plötzlich mit oder ohne greifbare Veranlassung erneute epileptische Insulte sich einstellen. Es mußte daher bei den vorliegenden Untersuchungen möglichst weit in die Jahrgänge der als relativ geheilt Entlassenen zurückgegriffen werden. Nur dadurch war eine genaue Prüfung des wirklich erreichten Heilresultats möglich, zugleich konnte hierbei festgestellt werden, ob bei den früheren Epileptikern unter den schädigenden Einflüssen des täglichen Lebens, des Berufs und bei den weiblichen namentlich unter denen des Sexuallebens das frühere Leiden sich irgendwie wieder manifestierte. Zugleich konnte untersucht werden, inwieweit die eventuelle Nachkommenschaft durch die frühere nervöse Erkrankung eines der Eltern erheblich geschädigt wurde.

Die nachfolgenden Untersuchungen beziehen sich auf Kranke, die von 1886 bis 1901 in hiesiger Behandlung standen. Während dieser Zeit wurden im ganzen 4215 Patienten aufgenommen, von denen 245 als geheilt entlassen werden konnten, und zwar 133 Männer und 112 Frauen. An diese 245 Personen wurden von hier durch Vermittlung der nächsten Behörden Anfragen folgenden Inhalts gerichtet: Ist der frühere Patient gesund geblieben? Wenn nicht, sind die Krämpfe ebenso stark wieder aufgetreten? Beschäftigung des früheren Pfleglings, sein eventueller Tabak- oder Alkoholgenuß? Hat er sich verheiratet? Hat er Kinder? Sind sie gesund? Wenn Kinder gestorben, an welcher Krankheit? Ist der frühere Pflegling in eine andere Anstalt gekommen, und endlich, ist er mit den Strafgesetzen in Konflikt gekommen? Trotz der Bemühungen der staatlichen und städtischen Behörden, denen an dieser Stelle für das liebenswürdige Entgegenkommen der aufrichtigste Dank ausgesprochen werden soll, konnten von den 243 früheren Pfleglingen nur 138 wieder ausfindig gemacht werden, und zwar 85 Männer und 53 Frauen.

Geheilt geblieben waren von den Männern	54
Wiedererkrankt	28
Geistig minderwertig, aber ohne Krampfanfälle	3
Summe	85

Alter des Pfleglings bei der Aufnahme, erbliche
ache des Leidens und Prädisposition, Krank-
me, Dauer des Aufenthalts in der Anstalt. Es
den Zusammenstellungen vorausgeschickt, daß
'ällen die Pfleglinge schon nach einem kürzern
als relativ geheilt entlassen wurden, während
ierkt, schon seit längerer Zeit mindestens ein
Erteilung des Prädikates „relativ geheilt" not-
ubrik erbliche Belastung wurde außer Trunk-
und Geisteskrankheiten in der Familie auch
chnet, da die Frauen während der unehelichen
egel nicht nur stärkeren Gemütsbewegungen,
Ernährungsbedingungen ausgesetzt sind.
ühren würde, die umfangreichen Tabellen hier
g zu bringen, so wurden zur bessern Übersicht
zusammenfassende Gruppen gewonnen:

rkrankt. A. Männer: 28.

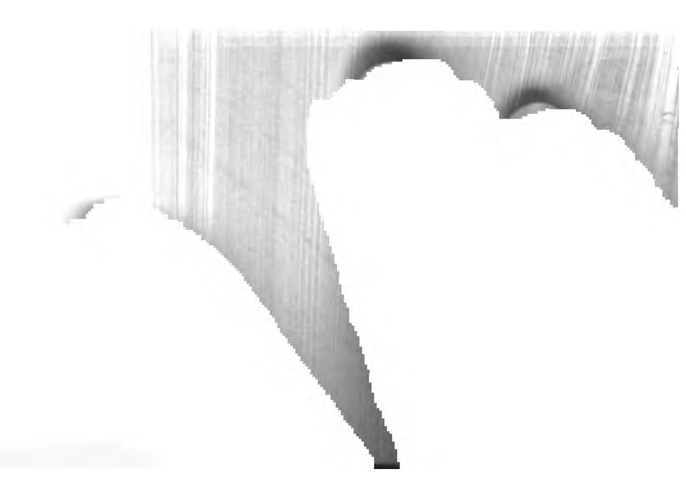
6 Jahren ...... 1 mal,
Jahre .... 11 mal,
Jahre .... 6 mal,
0 Jahre .... 10 mal.
n 15 Fällen.

ınd Prädisposition:

e Blutarmut ... 1 mal,
strengung ...... 1 mal,
ersuch .... 1 mal,
anfall .... 1 mal,
sbewegungen ... 2 mal,
en .... 2 mal,
entzündung .... 2 mal.

der Aufnahme:

Jahr .... 7 mal,
Jahre .... 10 mal,
) Jahre .... 8 mal,
nnt .... 3 mal.



Charakter der Anfälle nach der Entlassung:
weniger heftig .... 10 mal,
ebenso heftig .... 17 mal,
heftiger .... 1 mal.

Verheiratet 10.

Kinderkrämpfe in 2 Familien.

Gestorben 1 (an Lungenentzündung).

B. Frauen (wiedererkrankt): 21.

Aufnahmealter:
unter 6 Jahren .... —,
6—15 Jahre .... 3 mal,
15—20 Jahre .... 8 mal,
über 20 Jahre .... 10 mal.

Erbliche Belastung in 7 Fällen, vorwiegend Epilepsie.

Entstehungsursache und Prädisposition:
Masern .... 1 mal,
Gemütsbewegung ...... 4 mal,
Anämie .... 1 mal,
Menstruationsauftreten . 1 mal,
Trauma .... 1 mal,
Gehirnentzündung und
Wasserkopf .... 1 mal,
Gehirnschlag .... 1 mal.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:
unter 1 Jahr .... 2 mal,
1—10 Jahre .... 15 mal,
über 10 Jahre .... 3 mal,
unbekannt .... 1 mal.

Charakter der Anfälle nach der Entlassung:
weniger heftig .... 10 mal,
ebenso heftig .... 9 mal,
heftiger .... 1 mal,
unbekannt .... 1 mal.

Verheiratet 5.

Kinderkrämpfe in 3 Familien.

Gestorben 1 (an Epilepsie).

II. Gesund geblieben. A. Männer: 54.

Aufnahmealter:
unter 6 Jahren .... 2 mal,
6—15 Jahre .... 17 mal,
15—20 Jahre .... 21 mal,
über 20 Jahre .... 14 mal.

Erbliche Belastung in 19 Fällen.

Entstehungsursache und Prädisposition:

Gemütsbewegung	2 mal,
Trauma	3 mal,
Zwillingsfrühgeburt	1 mal,
Erkältung	1 mal,
Überanstrengung	1 mal,
Scharlach	1 mal,
Gehirnentzündung	1 mal,
Sonnenstich	1 mal,
Operation an der Zehe .	1 mal,
Dentitio difficilis	1 mal,
Trunksucht	3 mal,
Onanie	1 mal,
Nervenfieber	1 mal.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:

unter 1 Jahre	2 mal,
1—10 Jahre	37 mal,
über 10 Jahre	7 mal,
unbekannt	8 mal.

Verheiratet 20.

In Familie Kinderkrämpfe.

Gestorben an: Schlaganfall 1, Krampfanfällen nach jahrelanger Gesundheit 1, Gelenkrheumatismus 1.

Seit der Entlassung als geheilt sind verflossen:

20	Jahre	bei	4	Personen,
19	„	„	2	„
18	„	„	2	„
17	„	„	2	„
16	„	„	1	Person,
15	„	„	4	Personen,
14	„	„	4	„
13	„	„	3	„
12	„	„	3	„
11	„	„	4	„
10	„	„	4	„
9	„	„	3	„
8	„	„	8	„
7	„	„	5	„
6	„	„	5	„

B. Frauen (gesund geblieben): 29.

Aufnahmealter:

unter 6 Jahren	—
6—15 Jahre	14 mal,

15—20 Jahre .... 6 mal,
über 20 Jahre .... 9 mal.

Erbliche Belastung in 12 Fällen.

Entstehungsursache und Prädisposition:

Gemütsbewegung ..... 7 mal,
Rhachitis .... 1 mal,
Überanstrengung ...... 1 mal,
unbekannt .... 20 mal.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:

unter 1 Jahr .... 4 mal,
1—10 Jahre .... 19 mal,
über 10 Jahre .... 1 mal,
unbekannt .... 5 mal.

Verheiratet 10 Frauen.
Unehelich haben geboren 2 Frauen.
Nervöse Affektionen in 3 Familien.
Gestorben 1 Frau an Verblutung im Wochenbett.
Seit der Entlassung als geheilt sind verflossen:

20 Jahre bei 2 Personen,
18 „ „ 1 Person,
15 „ „ 3 Personen,
14 „ „ 5 „
11 „ „ 4 „
10 „ „ 3 „
9 „ „ 3 „
8 „ „ 5 „
7 „ „ 2 „
6 „ „ 1 Person.

Diesen Zusammenstellungen ist nur wenig noch hinzuzufügen. Wir sehen, daß die Anstaltsbehandlung meist relativ spät aufgesucht wurde. Nur in einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen war die Krankheitsdauer vor der Aufnahme unter dem Zeitraum eines Jahres. Wenn auch hinsichtlich dieser Tatsache in den letzten Jahren entschieden eine Besserung eingetreten ist, so wird doch auch heute noch leider in sehr vielen Fällen vom Publikum die Anstaltsbehandlung relativ spät in Anspruch genommen. Sehr häufig ist es die Schwere der Erkrankung, die eine große Anzahl von Epileptischen nach Erschöpfung aller erdenklichen therapeutischen Heilversuche in die Anstalten treibt, wo sie nicht Gefahr laufen, in Familie und Werkstatt ihrer Umgebung eine unerträgliche Last zu sein. Aus dem Charakter der früheren Anstalten als Asyle und

Personen 1—10 Jahre und 7 Personen sogar
nstaltsaufnahme schon epileptisch waren und
angen Bestehens der Krankheit doch noch
g ihres Leidens fähig waren.
rstellung der geheilt Gebliebenen und wieder
Gesichtspunkte der Heredität ist kein
der erblichen Belastung bei den letzteren zu
wiedererkrankten 28 Männern sind 15 erblich
von den wiedererkrankten 21 Frauen 7 =
ınd gebliebenen 54 Männern sind 19 = 35 %,
iebenen Frauen sind 12, also ungefähr = 41 %,
ei hier hinzugefügt, daß nach *Binswanger*[1])
belasteten Epileptiker zwischen 30—40 %

war das Resultat der Untersuchungen über
exuellen Lebens auf den Gesundheits-
pileptischen Pfleglings, namentlich des weib-
d ja der Arzt sich den Patienten oder deren
prognostisch über Epilepsie und Ehe äußern
vertritt auf Grund seiner überaus reichen Er-
nkt, „daß das Fortpflanzungsgeschäft meist
ıfluß auf die Krankheit hat". Er hat jedoch
eobachtet, wo die Verheiratung und die Ge-
igenden Einfluß ausübten, und wo die jungen
r Geburten von Anfällen verschont blieben.
ı vorkommen," so fährt er fort, „daß die Epi-
auer des Fortpflanzungsgeschäftes zum Still-
it erneuter Heftigkeit und rapidem geistigen
ım wieder auszubrechen." Von unsern wieder-
ıen Personen sind 5 verheiratet. Aus den Be-



Siehe S. 82.

richten scheint die Erkrankung schon vor dem Eingehen der Ehe wieder eingesetzt zu haben, genauere Angaben sind leider nicht gemacht worden. Dagegen haben von 29 gesund gebliebenen Frauen 10 das eheliche Leben und 9 von diesen Schwangerschaften und Geburten ohne schädigenden Einfluß überstehen können. Zu dieser letzten Kategorie gehören noch zwei Frauen, die unehelich geboren haben.

Von Wichtigkeit waren auch die Untersuchungen über den Gesundheitszustand der Kinder von früheren Epileptikern. Von den wiedererkrankten Männern sind 10 verheiratet. Nur in zwei Familien hat sich die gesteigerte Erregbarkeit des Nervensystems in Form von Konvulsionen auf die Nachkommenschaft übertragen, während in den andern Familien die Kinder bis jetzt gesund geblieben sind. Ungünstiger ist das Verhältnis bei den wiedererkrankten Frauen, von denen 5 eine Ehe eingegangen sind. Gesunde Kinder finden sich nur in zwei Familien, während Kinderkrämpfe bei drei Familien zu verzeichnen sind. Bei den Kindern der gesund gebliebenen verheirateten Frauen finden sich die Wahrzeichen der neuropathischen Veranlagung in folgender Weise: Kinderkrämpfe in zwei Familien, Wasserkopf und nervöse Kopfschmerzen in je einer Familie, während in den übrigen Familien nur körperliche Krankheiten zu verzeichnen sind. Auch in den Ehen der gesund gebliebenen Männer scheinen hinsichtlich der Heredität günstigere Verhältnisse für die Nachkommenschaft zu bestehen. Von den 20 Ehen sind 5 kinderlos; nur in einer Familie sind 2 Kinder an Krämpfen gestorben, während die übrigen 4 leben und gesund sind. In allen andern Familien sind die Kinder bis jetzt gesund geblieben. Freilich muß man sich dabei bewußt bleiben, daß diese augenblicklichen Befunde nur als vorläufige zu bezeichnen sind. Es muß abgewartet werden, wie sich diese neuropathisch belasteten Kinder den weiteren Klippen gegenüber verhalten, die in Gestalt der zweiten Dentition, der Pubertät, des Sexuallebens und etwaiger traumatischer und infektiöser Schädigungen ihnen im weiteren Verlauf des Lebens verderblich werden können.

Von Interesse ist auch die Stellung des früheren Epileptikers zum Alkoholgenuß. Von den 28 wiedererkrankten Männern sind 13 völlig abstinent, 13 mäßige Trinker und 1 ein ausgesprochener

Trinker, während bei einem Manne die Angaben fehlen. Ungefähr dasselbe Verhältnis findet sich bei den 54 gesund gebliebenen Männern in folgender Zusammenstellung: völlig abstinent 23, mäßig 29, 1 starker Trinker, 1 unbekannt.

Zum Schlusse sei noch eines Falles gedacht, wo ein jugendlicher, nicht belasteter Epileptiker, dessen Leiden ohne erkennbare Veranlassung aufgetreten war, 4 Jahre nach seiner Heilung eine schwere Schädelzertrümmerung durch Schlag mit einem Grabscheit erhielt. Trotz der schweren Verletzung, die das Gehirn bloßlegte und eine Trepanation nötig machte, stellten sich die Anfälle nicht wieder ein. Der junge Mann hat sich seit der Verletzung, die ihn vor 2 Jahren traf, weiter körperlich und geistig sehr gut entwickelt und dürfte wohl fernerhin ein prognostisch günstiger Fall sein.

Zur Frage der Simulation von Geisteskrankheit.[1])

Von

Walther Riehm, Medizinalpraktikant.

Unter Simulation verstehen wir in der Psychiatrie die überlegte und bewußte Vortäuschung geistiger Erkrankung. Das Hauptmotiv für die Simulation ist die Absicht, sie als Mittel zu benützen, um sich der Sühne für eine begangene Straftat zu entziehen. Diese absichtliche Täuschung hat natürlich die Kenntnis der Tatsache zur Voraussetzung, daß Geisteskranke als unzurechnungsfähig nicht strafbar sind.

Die Frage nach der Häufigkeit der Simulation bei geistig Gesunden wird auch heute noch verschieden beantwortet. Die Erfahrung lehrt uns, daß die Laien im allgemeinen leicht geneigt sind, Simulation anzunehmen, wenn ein moralisch verdächtiger Mensch plötzlich Zeichen geistiger Störung aufweist. Vor allem gilt dies auch von den amtlichen Organen der Polizei, der Strafrechtspflege und des Strafvollzugs. In ärztlichen Kreisen hat sich jedoch gegen früher eine Wandlung in der Beurteilung der Simulationsfrage vollzogen. Die Irrenärzte früherer Zeiten glaubten in ihrer Tätigkeit vielen Simulanten begegnet zu sein, und noch auf der Jahresversammlung des Vereins Deutscher Irrenärzte im Jahr 1881 berichtete *Fürstner*, daß er in einem Zeitraum von 9 Jahren in der Heidelberger Klinik unter 31 zu begutachtenden Fällen 12 Simulanten gehabt habe, und *Binswanger* gab an, innerhalb 2 Jahren unter 73 Untersuchungsgefangenen 21 als Simulanten entlarvt zu haben. Obwohl allerseits zugegeben wurde, daß das Urteil über die Häufigkeit der Simulation geistiger Erkrankung wesentlich durch die Art des Krankenmaterials des einzelnen Beobachters beeinflußt werde, so sprachen sich doch damals schon nam-

[1]) Aus der K. Psychiatrischen Klinik zu Tübingen (Prof. Dr. Gaupp).

hafte Psychiater — wie *Gudden*, *Zinn*, *Ideler*, *Nasse*, *Mendel* u. a. — dahin aus, daß sie die Simulation von Geisteskrankheit für außerordentlich selten halten. In den letzten 2 Jahrzehnten hat diese Ansicht immer mehr Anhänger gefunden; in neuester Zeit hat *Bonhöffer* die außerordentliche Seltenheit einfacher Simulation von Geisteskrankheit betont, er fand unter 221 Insassen der Breslauer Beobachtungsstation für geisteskranke Gefangene nur 0,5 % Simulanten.

Eine erfolgreiche Durchführung der Simulation ist deshalb so schwierig, weil der Simulant, wenn er seine Erkrankung glaubhaft machen will, ein bestimmtes klinisches Krankheitsbild nachahmen muß. Die Voraussetzung erfolgreicher Simulation ist also die willkürliche Produktion gewisser Symptome, die in ihrer Gesamtheit eine einheitliche Geisteskrankheit wiedergeben. Die Kenntnis dieser Krankheitserscheinungen in ihrer Zusammengehörigkeit kann aber nur durch Erfahrung gewonnen werden, die dem Simulanten meist fehlt; eine Ausnahme hiervon machen wohl nur Personen, die schon des öfteren Gelegenheit hatten, Geisteskranke genauer zu beobachten, wie dies z. B. bei entlassenen Irrenwärtern und früheren Anstaltsinsassen (z. B. früher zur Beobachtung Eingewiesenen) der Fall ist. In der Regel ist somit die Entlarvung des Simulanten leicht, weil das von ihm produzierte Bild keiner bestimmten klinischen Erkrankung, sondern nur der Laienvorstellung vom Aussehen des „Verrücktseins, Närrischseins" entspricht. So trifft man bisweilen Simulanten, die die Rolle des „wilden Manns" spielen wollen. Diese können jedoch, wenn sie tatsächlich gesund sind, die dauernde motorische Erregung, die beim Geisteskranken auf Grund innerer Reize mühelos abläuft, unmöglich nachahmen; sie erliegen der Ermüdung, die dem Tobsüchtigen nicht zum Bewußtsein kommt. Wer Tobsucht simuliert, muß sich zeitweise Ruhe gönnen; damit stellt er sich in Gegensatz zu dem wirklich Geisteskranken. Eine sorgfältige Beobachtung vermag also leicht Klarheit zu schaffen.

Andere, die sich den Anstrengungen der willkürlichen Tobsucht nicht gewachsen fühlen, wählen zum Zwecke der Simulation den Stupor, ein Krankheitsbild, das zu seiner wahrheitsgetreuen Nachahmung eine völlige auch mit dem Mienenspiel und dem ganzen äußeren Verhalten übereinstimmende Affektlosigkeit und Gleichgültigkeit verlangt, die dauernd zu heucheln auch bei außergewöhnlicher Selbst-

beherrschung dem Gesunden unmöglich ist. Auch hier ist die Erkennung der Simulation in der Regel leicht.

Der Schwachsinn wird ebenfalls manchmal zu simulieren gesucht. Hierbei besteht aber meist — hervorgerufen durch den Wunsch, möglichst blöde zu erscheinen — die Neigung, in unsinniger Weise zu übertreiben. So wird z. B. die Kenntnis der elementarsten Dinge wie der Farbenbezeichnungen, des Alphabets, des Einmaleins usw. in Abrede gestellt, während sich z. B. mit Hilfe der Akten oder der Aussagen früherer Bekannter (Pfarrer, Lehrer, Arbeitsgeber usw.) leicht erweisen läßt, daß früher normale oder jedenfalls leidliche Geisteskräfte vorhanden waren. In diesem Falle gestattet allein schon der Widerspruch zwischen einst und jetzt die Diagnose einer Simulation, vorausgesetzt, daß kein Krankheitsprozeß nachgewiesen werden kann, der die Verblödung zu erklären vermöchte.

Bei der bewußten Vortäuschung des Verfolgungswahns fehlt dem Simulanten das konsequente Benehmen des Paranoischen, seine Wahnideen werden meist des inneren Zusammenhangs und der gesetzesmäßigen Entwicklung aus krankhafter Eigenbeziehung entbehren.

Freilich liegt nun hier ein Einwand nahe! Unsere heutige klinische Erfahrung weist natürlich noch manche Lücken auf; immer wieder kommen auch dem erfahrenen Psychiater noch nie gesehene Krankheitsbilder vor Augen, die sich keiner bestimmten Krankheitsgruppe zuteilen lassen. Und so läuft auch der geschulte Arzt unter Umständen einmal Gefahr, daß er ein ihm unbekanntes Symptomenbild bei einem Untersuchungs- oder Strafgefangenen für Simulation hält, weil es ihm gekünstelt erscheint, bis dann der weitere Verlauf nachträglich doch das Vorhandensein einer Geisteskrankheit — in der Regel wohl einer Dementia praecox — beweist. *Kraepelin* bekennt offen, „daß er mit der Annahme reiner Verstellung ohne anderweitige Geistesstörung im Laufe seiner Erfahrung immer zurückhaltender geworden sei, nachdem er eine ganze Anzahl ehemaliger Simulanten nachträglich habe verblöden sehen". Diese auch von anderer Seite bestätigte Tatsache ist von großer praktischer Bedeutung, sofern sie die außerordentliche Verantwortung beleuchtet, die der Arzt bei Ausspruch der Diagnose Simulation auf sich nimmt. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß wir bei der Untersuchung und Beurteilung Geisteskranker manchmal einzig und allein auf das Ergebnis einer genauen Fest-

n — meist ja forensischen — Fällen die **A n -**
k e n s e l b s t für uns nur mit großer Vor-

ßen Verantwortung bei der Diagnose „Simula-
aßen als Reaktion — zur Folge gehabt, daß
ndere Extrem verfielen und das Vorkommen
r Störung bei geistig ganz Gesunden völlig
e Auffassung ist jedoch sicher nicht zutreffend,
n Fälle beweisen mögen.
cht betont, daß die Neigung zur Simulation
vissen degenerierten Individuen finde. Nach
bei den Simulanten meist um psychopathisch
, und *Bonhöffer* schreibt in einer bereits er-
„daß langdauernde Simulation von Geistes-
Boden einer degenerativen Anlage vorkommt,
ie meisten Psychiater einig sind". Für diese
h eine Reihe psychologischer Gründe. Der
leidlich normal empfindende Mensch scheut
sich durch Vorspiegelung von Geisteskrank-
erschaffen. Der Gedanke, für „verrückt" ge-
r den Laien im allgemeinen etwas Abstoßendes;
ält ihn davon ab, Geisteskrankheit willkürlich
beim Degenerierten: seine reiche Phantasie-
bnisse und Vorstellungen in üppigster Weise
gestibilität und das labile Persönlichkeitsbe-
gs mit Überlegung und zielbewußt inaugurierte
ne quasi autohypnotische Zustände vom Cha-
ustände übergehen. Hierher gehören wohl auch
hrten Fälle, die sich an bestimmte äußere Ver-
. Nach Art des Schauspielers leben sich diese
den veränderten Bewußtseinszustand hinein,
abei um die Rolle des „wilden Mannes" handelt



oder um die des „Nichtwissenden“ (*Ganser*scher Symptomenkomplex mit Vorbeireden, sinnlosen Antworten und Negativismus). Wie beim Kinde drängen sich bei diesen Entarteten Phantasiespiele in den festgefügten Bestand der Erlebnisse herein und fälschen — vorübergehend oder dauernd — den Erinnerungskomplex des tatsächlichen persönlichen Lebensgangs. Das Vorstellungsspiel entgleitet gewissermaßen dem Willen des Simulanten; was anfangs bewußter und zweckmäßig erdachter Betrug war, wird bei der Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins ganz allmählich zum pathologischen Schwindel, zum hemmungslosen Weitergetriebenwerden in dem Trugspiel. Hier kann natürlich niemals mit apodiktischer Sicherheit gesagt werden, wo die bewußte Simulation aufhört und der krankhafte Geisteszustand von dem Simulanten Besitz ergriffen hat; keine festen Schranken trennen hier Simulation von Geisteskrankheit, in flüssigen Grenzen kann das eine allmählich in das andere übergehen.

Im folgenden gebe ich als einen, wie ich glaube, interessanten Beitrag zur Simulationsfrage die Krankengeschichte zweier Simulanten, die in der Tübinger Psychiatrischen Klinik zur Beobachtung kamen.

Fall G. ist von großem kriminalpsychologischen Interesse, da er einen Typus des degenerierten Gewohnheitsverbrechers zeigt. Es rechtfertigt sich daher wohl die ausführliche Veröffentlichung seines ganzen Lebensganges:

G. ist als uneheliches Kind am 18. Februar 1883 geboren. Über seine Jugendzeit erfahren wir aus einem Bericht des Ortsgeistlichen folgendes: G. war im Gegensatz zu seinen sechs Geschwistern schon während seiner Schulzeit ein ganz durchtriebener Schlingel, der allerlei Bosheiten an seinen Mitschülern und sonst verübte, besonders auch mehrere Diebstähle an Schulutensilien sich zuschulden kommen ließ und sogar seinen Mitschülern Geld aus der Tasche zu entwenden suchte. Hatte er Ausgänge für die Eltern zu machen, so suchte er bei jeder Gelegenheit — in Läden usw. — etwas zu erhaschen. In der Schule selbst konnte man ihn nur in Ordnung halten, wenn der Lehrer ein ganz wachsames Auge auf ihn hatte und G. bei etwaigen Bosheiten von Zeit zu Zeit recht ordentlich abgestraft wurde. Religiösen Einflüssen war er wenig zugänglich; jedenfalls war jeder Anlauf zum Besseren nur ein Strohfeuer. Der Grund all dieser Verfehlungen und Auswüchse liegt ohne Zweifel zum größten Teil in der vernachlässigten häuslichen Erziehung des ersten Sohnes besagter Eheleute, welche ihm alles hingehen ließen, dessen tolle Streiche für

·r Eltern, besonders in religiöser Beziehung.
genußsüchtig und möchte besonders durch
erscheinen; letzterer Punkt ist eine Erbschaft
nem Sohn zu einem Größenwahn entwickelt
·on einer eigentlichen Geisteskrankheit in der
G. war früher körperlich schwach veranlagt,
:h, wenn die traurige Vergangenheit für Geist
;en herbeiführen würde; ebenso sind allerdings
ɔer den G. vernommen worden, welche dahin
t ganz recht im Kopfe sein könne, wie die Vox
das Urteil des Ortsgeistlichen.

der Schule kam G. zu einem Gärtner in die
hon nach wenigen Monaten wegen eines Dieb-
sich nach Eintritt der Dunkelheit in ein Wohn-
s dem zu ebener Erde gelegenen Verkaufsladen
Zehen ging er unter Vermeidung jeglichen Ge-
ɪng in den erleuchteten Laden, überzeugte sich
ɜmand in dem anstoßenden Nebengelaß befände,
Ladenkasse etwa 30 M. Für den Fall, daß er
· sich schon zum voraus die Ausrede ersonnen,
wollen. In der Tat wurde er auch von der Laden-
·inen Lärm vernommen hatte und herbeigeeilt
n. Sein Vorgeben wurde ihm nicht geglaubt,
ıtersuchung fand sich in seiner Tasche das ge-
ɜndung der beiden Goldstücke gab G. sofort zu,
n dem in seiner Tasche befindlichen Silbergeld,
rrn; er habe es soeben für abgelieferte Waren
Frau B. schenkte dieser Behauptung keinen
ı auf, mit ihr zu seinem Dienstherrn zu gehen.
ır noch freiwillig 3 M. als gleichfalls ihr gestohlen
u entlassen. Da auch dies nichts half, so schützte
em Lehrherrn ein Bedürfnis vor und versteckte
·geldes hinter einem Gartenzaun. Einige Kinder
· beobachtet und brachten das Geld nachträglich
ie Tat gestand. Daraufhin entließ ihn sein Lehr-
hrkarte nach seinem Heimatorte. Aus Furcht
doch nicht, nach Hause zurückzukehren, sondern
ıg, wie er selbst angab in der Absicht, sich durch
:haffen. Als er in D. beim Durchwandern des

Ortes bemerkte, daß in dem Laden des Uhrmachers Z. niemand anwesend war, drang er ein und entwendete aus einem unverschlossenen Glaskasten eine silberne Uhr im Werte von etwa 16 M. Dann begab er sich in die dortige Bahnhofwirtschaft und verzehrte hier Speisen und Getränke im Werte von 1,50 M. Dabei versuchte er bei mehreren Gästen eine Taschenuhr zu veräußern, fand aber keinen Abnehmer. Er verließ sodann das Lokal, ohne zu bezahlen, mit der Bemerkung, er werde in einigen Tagen zurückkommen und dann alles bereinigen. Bei weiterem Umherschweifen traf er auf dem Güterbahnhof mit einem Menschen namens P. zusammen. Dem erzählte er, er erwarte seinen Koffer mit Kleidern, um dann nach B. weiterzufahren, er sei jedoch augenblicklich in Geldverlegenheit und deshalb gern bereit, seine Uhr zu vertauschen. P. ging auf den Vorschlag ein und gab dem G. seine alte Uhr gegen die neue und 60 Pfg. Aufgeld. Hierbei wurden sie von dem Bahnhofwirt beobachtet, der Verdacht schöpfte und die Verhaftung des G. veranlaßte. Bei seiner Vernehmung gab er an, er befinde sich auf der Reise zu seiner schwerkranken Mutter; er wurde daraufhin wieder entlassen. Am Tage darauf verließ er den Zug in der nächsten größeren Stadt M. und hinterließ in der Bahnhofwirtschaft eine Zeche von 1,50 M., obwohl er nur 5 Pfg. in der Tasche hatte. Er wurde dem Stadtschultheißen vorgeführt, aber auf die Erklärung, daß sein Vater ihn abends auf dem Bahnhof abholen und die Zeche bezahlen werde, entlassen. Da er mittellos war, suchte er sich wieder durch Diebstahl Geld zu verschaffen, und zwar eine möglichst große Summe, um, wie er selbst angab, längere Zeit sorglos leben zu können. Er benutzte die erste Gelegenheit, die sich ihm bot, und stahl dem Metzger Z. 50 M. Er drang vom Hausgang durch ein Fenster in den unbewachten Laden ein und beraubte die Kasse ihres Inhalts. Als er eben wieder auf demselben Wege zurückwollte, wurde er von einem zufällig hinzukommenden Handwerksburschen festgehalten und der Polizei übergeben. Da er derselben kurz zuvor wegen Zechprellerei vorgeführt worden war, so wurde er sofort wiedererkannt und dem Gericht übergeben. Ohne weiteres gestand er die ihm zur Last gelegten Straftaten ein und wurde dafür vom Landgericht Z. zu einer Gesamtstrafe von vier Monaten Gefängnis verurteilt. Bei Festsetzung der Strafe kam die Jugend des Angeklagten als mildernd in Betracht, als erschwerend dagegen die an den Tag gelegte Umsicht und Gewandtheit.

Nach Verbüßung seiner Strafe arbeitete er etwa ein halbes Jahr als Knecht und wurde dann wegen einer geringfügigen Verletzung einige Tage in einem Krankenhause behandelt. Von dort kehrte er nicht mehr in seine bisherige Stelle zurück, sondern stahl Anfang März 1900 aus der nicht verschlossenen Ladenkasse des Spezereihändlers A. in W. etwa 10 M. Er überzeugte sich zuvor, ob der Laden leer sei, dann trat er ein, indem er dabei die Ladenglocke durch Festhalten am Läuten verhinderte. Er konnte mit seinem Raub unbemerkt verschwinden; aber bald wurde

·genüber, die zufällig dazukam, gebrauchte
eine Zigarre holen wollen, und verließ rasch
vom Besitzer eingeholt, zur Polizei gebracht
en Verbrechens des Diebstahls im Rückfall
verurteilt. Bei der Strafbemessung wurde
ılenen Betrags einerseits, die rasche Rück-
ɔrbenheit andererseits in Betracht gezogen.
September 1900 hatte er, wie es scheint, an-
auf ehrliche Weise durchzubringen, arbeitete
r Papierfabrik und dann bei einem Bauern
Lohnstreitigkeiten verließ er jedoch seinen
ıäftigungslos umher. Obschon er noch 9 M.
Not war, wurde er sofort wieder rückfällig,
ɔeaufsichtigten Laden vorüberging. Er trat
M. Von dem Gestohlenen kaufte er sich einen
ıach L., um von dort nach Hause zurückzu-
ɜgs verhaftet. Bei der Festnahme hatte er
:h der bestimmten Aussage des Ladeninhabers
n konnte; man legte ihm deshalb auch einen
10 M. zur Last, der tags zuvor in nächster
)a er diesen aber aufs bestimmteste ableugnete
'äterschaft zu erbringen war, so wurde er nur
:ugestandenen Diebstahls zur Verantwortung
ten Gefängnis verurteilt. Strafmildernd war
nd der Rückfall.
m G. auf einige Stunden ins Ortsgefängnis W.
zu lang", und nach seiner späteren Angabe
r, daß er in einem schlecht gelüfteten Zimmer
er begleitende Landjäger in der gegenüber-
ufs beste unterhielt. Er dachte: „Wart', ich
ɜrschnitt aus Wut Bettmatratze und Teppich
)ekam er eine Zusatzstrafe von vier Wochen.
Gefängnisses versprach er, zu seinen Eltern
er nicht, trieb sich vielmehr arbeitslos umher
em Metzger in F. fünf Pfund Wurstwaren.
it einem andern zu gemeinsamen Diebstählen



zusammen und entwarf mit diesem den Plan zu einem Einbruch in das Kurhaus in F. Er ging gegen Abend dorthin, fragte das ihm öffnende Dienstmädchen nach einem Stock, den ein Herr angeblich dort stehen gelassen hatte, und öffnete, während das Mädchen sich erkundigte, unbemerkt von innen das Klosetfenster, durch das er später einsteigen wollte. In der Nacht kehrte er mit seinem Genossen zurück, aber noch im letzten Augenblick hielt ihn — wie er später angab — der Gedanke an die drohende Zuchthausstrafe von der Ausführung des Einbruchs ab. Weil er sich schämte, seinem Kameraden die Wahrheit zu gestehen, gab er diesem als Vorwand an, das betreffende Fenster sei wieder geschlossen gewesen. Tags darauf stahl er, während sein Genosse „sicherte", aus einem Laden 3 M., wobei er angeblich, um sicher nicht abgefaßt zu werden, nachträglich an der Türe des Nebenzimmers anklopfte und den dort befindlichen Ladenbesitzer nach einem Lehrbuben namens X. frug. Auf die Antwort, dieser sei hier nicht bekannt, ging er fort und traf mit seinem Genossen im nächsten Wirtshaus zusammen. Der Ladenbesitzer bemerkte bald den Fehlbetrag in der Kasse und ließ die beiden verhaften. G. leugnete hartnäckig, während der andere alles gestand. G. wurde wegen Diebstahls im Rückfall zu sechs Monaten Gefängnis und wegen Mundraubes zu sechs Wochen Haft verurteilt.

Nach Verbüßung dieser Strafe im Februar 1903 begab er sich zu seinem Onkel nach F. Um bei diesem längere Zeit aufgenommen zu werden, log er ihm vor, er komme soeben aus U., wo er mit einem andern zusammen in einer Lotterie 20 000 M. gewonnen habe; das Geld liege noch auf der Bank. Um seine Angaben glaubhaft erscheinen zu lassen, kaufte er sich bei einem Konditor in Goldpapier gewickelte Schokolademünzen, die echten Goldstücken aus einiger Entfernung ähnlich sahen. Diese zeigte er abends bei schlechter Beleuchtung dem Onkel, der sie in der Tat für echte Goldstücke hielt. Außerdem log er dem Onkel am andern Tage vor, das Geld sei ihm versehentlich in die Abortgrube gefallen, so daß dieser die ganze Grube danach durchwühlte. Wenige Tage darauf wurde er in E. überrascht, wie er in einem Obstladen Früchte entwendete und sich nach der Ladenkasse umsah. Er wurde wegen Mundraubes zu sechs Wochen Haft verurteilt; ein anderer ihm zur Last gelegter Diebstahl, wegen dessen er in Untersuchungshaft war, konnte ihm nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, so daß das Verfahren in dieser Sache eingestellt werden mußte.

Nach seiner Entlassung trat er als Hausbursche bei einem Buchhändler in E. ein, wo er sich anscheinend nichts zuschulden kommen ließ. Anfang April 1903 fuhr er zu seinen Eltern zurück, angeblich um sich seine Papiere zu holen. In den darauf folgenden Tagen wurden in der Umgebung seines Heimatortes drei Ladendiebstähle begangen, die mit großem Raffinement vorbereitet und ausgeführt worden waren. Der Verdacht lenkte sich sofort auf G., der aber die Täterschaft aufs ent-

chwester überbringen sollte. G. setzte sich
unterhielt sich mit ihm über allerlei Fragen,
ı dessen Uhr und Geldbeutel vorzeigen ließ.
e, schloß er sich ihm an, so daß sie von dort
'o sie längeren Aufenthalt hatten. Auf dem
h heraus und blätterte darin, wobei G. das
nach dessen Inhalt sich erkundigte. K. er-
rin, und zwar 200 M.", worauf G. meinte,
: als Schüler unmöglich soviel Geld mit sich
) gebe er ihm sofort 50 Pfg. Daraufhin öffnete
e Scheine dem G., der sie prüfte und mit den
: sind echt". K. steckte sie wieder in das
versprochenen 50 Pfg. Unter dem Vorwande,
ıung des Kouverts zu Hause Unannehmlich-
ufte G. ihm nun ein neues Kouvert, welches
:, so daß der Knabe die Scheine nicht hinein-
scheinbar dabei behilflich und ließ bei dieser
ıe verschwinden, indem er nach seiner späteren
t des Jungen dadurch ablenkte, daß er ihm
ɔrhielt und ihn aufforderte, seine Tränen zu
das verschlossene Kouvert wieder dem K.
nander in der Richtung B. weiter; unterwegs
en zu müssen und verabschiedete sich freund-
ɔnders warnte, das Kouvert nicht zu verlieren.
ɔends zu seiner Schwester, die bei Eröffnung
tdeckte. Der Schwager K.s erstattete Anzeige,
in E. verhaftet. Er leugnete zwar die Tat,
dersprüche; auch wurde er von K. und einer
timmt wiedererkannt. Er wurde wegen sämt-
ückfall zur Gefängnisstrafe von drei Jahren
:en verurteilt. Anfangs Juli 1903 wurde er
'ührt.
ıheren Strafverbüßungen, über die sich der
botmäßig, arbeitscheu und frech sei, hielt er
bis zum Februar 1904 nichts Abnormes. Wie
damals zufällig, daß in L. eine Abteilung für
gerichtet werde. In dieser Zeit zerschnitt er —



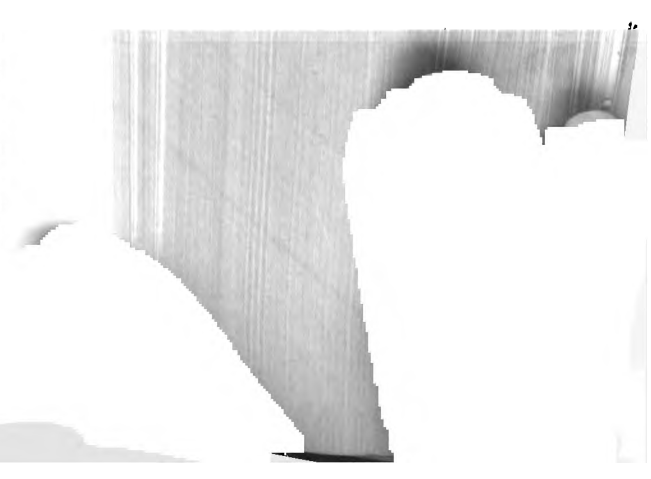
anscheinend ganz unvermittelt — seine Flechtarbeit und beschuldigte nachher den Aufseher dieser Handlung; er wurde aber dafür mit Arrest bestraft. Kurz darauf fragte er den ihn besuchenden Geistlichen, ob er verpflichtet sei, einen erzwungenen Eid zu halten, und erzählte nach Verneinung seiner Frage folgende phantastische Geschichte, die er auf Aufforderung auch niederschrieb. Sie lautete: „Als ich in das Haus des Herrn F. in A. kam, sah ich, wie derselbe sich im Schlafzimmer seiner Frau mit einem Käfig beschäftigte, in welchem sich etliche Schlangen befanden. Seine Frau lag krank im Bett und schlief. Herr F. näherte sich dem Bett und hob seiner Frau ein Fläschchen unter die Nase. Dann öffnete Herr F. den Käfig und ließ eine Schlange herauskriechen. Sobald dieselbe ihren Kopf außerhalb des Käfigs hatte, faßte Herr F. dieselbe hinter dem Kopf, ließ sie in den Geschlechtsteil seiner Frau beißen und zog sie gleich wieder heraus. Als ich dies sah, stieß ich einen Schreckensruf aus. Auf diesen Ruf drehte sich Herr F. um, ging rasch auf mich zu, faßte mich bei der Brust und fragte mich, ob ich wisse, was er getan habe. Ich sagte ihm, er wolle seine Frau töten. Auf dieses hin nahm er seinen Revolver, setzte ihn mir auf die Brust und sagte, wenn ich nicht schwöre, über das Geschehene zu schweigen und mir alles gefallen zu lassen, so jage er mir eine Kugel durch den Kopf. Aus Furcht vor dem Tode kam ich seiner Aufforderung nach und leistete diesen Eid. Hätte Herr F. seine Frau nicht töten wollen, so hätte er keinen Grund gehabt, mir in solcher Weise entgegenzutreten. Tags darauf starb seine Frau und wurde begraben, ohne daß der Arzt, welcher sie vorher längere Zeit behandelte, ahnte, warum sie so schnell starb. Tags zuvor stand ich vor dem Laden des Herrn F. und hörte, wie ein Mädchen, welches er nach dem Tode seiner Frau heiratete, zu ihm sagte: „Sei auch vorsichtig, nicht daß es herauskommt." Ich dachte bei diesen Worten damals nichts Böses. Als ich aber am andern Morgen das Verbrechen sah, dachte ich gleich, daß da das Verbrechen verabredet wurde. Bald darauf schritt Herr F. zur zweiten Ehe, und jetzt begannen sich die Folgen des mir abgeforderten Eides für mich schrecklich fühlbar zu machen. Zuerst verleumdete er mich bei meinen Lehrern auf alle mögliche Art, wie z. B.: ich stehle ihm aus seinem Laden Bücher, Hefte, Zuckerwaren, Geld und dergleichen. Diese Verleumdung mußte seine Tochter Klara in Briefchen meinem Lehrer hinterbringen, wobei sie immer vor der Türe stehen blieb und horchte, ob ich auch bestraft würde. Diese Art von Verleumdungen dauerte so lange, bis ich aus der Schule entlassen wurde, nützte ihm aber nicht im geringsten und befriedigte auch seine Rache nicht. Dann nötigte mich Herr F. falsches Geld auszugeben, welches er selbst anfertigte. Ich tat es aber nicht oft, sondern warf es weg, weil ein Herr R. es erkannte. Mit meinem 15. Jahre kam ich in die Lehre nach M. Bald darauf hatte ich in der Nacht meinen Peiniger vor mir, wo er mich nötigte, meinem Lehrherrn zu entlaufen. Als ich dies nicht tat, machte er im Garten und

chen hinzustellen, dem nichts zu glauben sei.
n Gefängnis kam und mich Herr F. sah, rief
: „Mach, daß du von meinem Hause weg-
'ropf!“ Dann sagte die Tochter Klara zu
las letztemal sein, daß wir ihn hineinbringen.
mit mir und sagte im Beisein ihrer Familie,
gewesen sei. Klara sagte dann; „Wenn er
en ist, hört es auf; denn dann ist er genug
niemand nichts mehr glaubt.“ “
er sei von hoher Abkunft, werde 30 000 M.
ın aus dem Gefängnis entlasse. Er behauptete,
zeichnete die Umrisse eines Schiffs auf Papier
on ihm erfundene Unterseeboot, durch das er
ɛnste erweise. Im Ausland habe er 5 Millionen
rdem sei er mit dem Regenten der Schweiz
Deutschland durch seine Flotte weit überlegen.
en kämpfen, die sich an seinem Bett herauf-
rachte er nur bei Befragen vor, sonst verhielt
ıd unauffällig. Nahrungsaufnahme und Schlaf
ɛn. Dieselben „Wahnideen“ äußerte er auch
rigen und in Liebesbriefen an ein junges Mäd-
las ihm nur ganz oberflächlich bekannt war,
gaben an Behörden, von denen ich die wichtig-
ısse:

„H., den 15. Januar 1905.

che Staatsanwaltschaft H.

n einstens Zeuge eines schweren Verbrechens.
eiten seiner rechtmäßigen Frau ein verbotenes
seine Frau folgendermaßen ums Leben brachte:
einer anscheinend leichten Krankheit sich zu
sich, als sie, wie es mir vorkam, schlief, und
ter die Nase und in einem Vogelkäfig, welches
etliche Giftschlangen (Kreuzottern) eingesperrt.
nicht bemerkte und da sah ich, wie er ein kleines
hem sich bald eine Schlange wand und diese



nahm er hinter dem Kopf und ließ das wütende Tier in den Geschlechtsteil seiner rechtmäßigen Frau beißen, worauf er sie in dem Augenblick als ich einen Schreckensruf ausstieß, herauszog und von sich schleuderte, mich faßte und fragte, ob ich wisse, was er getan habe? Als ich ihm sagte, daß er durch diesen Biß seine Frau heimlich töten wolle, nahm er seinen Revolver, setzte ihn mir auf die Brust und sagte, wenn ich nicht schwöre, zu schweigen, dann töte er mich durch eine Kugel. Aus Furcht vor dem Tode tat ich nach seinem Willen und schwieg bis jetzt. Aber mein Gewissen läßt sich nicht beruhigen, so daß ich dieses Geheimnis nicht mehr länger verschweigen will. Es ist mir als ob ich mitschuldig wäre an diesem Verbrechen. Ich habe mich bei einem Geistlichen nach schwerem Kampfe erkundigt, ob dieser Eid auch wirklich zu halten sei, worauf er mit „nein" antwortete. Tags zuvor hörte ich unter anderem aus dem Munde seiner Mitschuldigen, als er ihr sagte, seine Frau verlasse das Bett nicht mehr, er solle nur nicht so schnell machen, denn sie liege erst etliche Tage im Bett, es könnte sonst verdächtig werden. Darauf sah ich, daß er sie in seine Arme nahm und ihr sagte, da brauche sie sich nicht zu sorgen; weiter konnte ich nicht vernehmen; da jemand auf das Haus zulief, worauf sie ein gewöhnliches Gespräch führten. Ich hatte damals noch nicht geahnt, daß es sich um einen Mord handle. Am andern Tage aber dachte ich gleich, daß dieser Mord vorher ausgemacht wurde und stellte das Gehörte und die Tat zusammen. Auch machen diese Personen Geld und sogar das Geld der Schweiz wurde aus Blei nebst Silber hergestellt. Sie gingen in ihrer Bosheit darauf aus, durch dieses Geld ihre Mitmenschen der Falschmünzerei zu beschuldigen und ins Zuchthaus zu bringen, da sie es ausgeben, um zu bezwecken, daß andere es ausgeben sollten; 4—5 verschiedene Geldstücke wurden einem schweizer Freiherr in die Hand gespielt und Deutschland hat es nur der Gutmütigkeit dieses Freiherrn zu verdanken, daß der Krieg nicht erklärt wurde. Auch ist durch die Bosheit dieser Menschen ein junger Mann wiederholt unschuldig bestraft. Die Beweise gegen diese Verbrechen sind zum größten Teil in meinen Händen, zum Teil in den Händen anderer. Diesen unschuldig bestraften jungen Mann glaubt man anstatt im Gefängnisse auf Reisen in Amerika; hätte sein Regent nur die geringste Ahnung, wo er wäre, dann ginge es ein wenig schief, denn nicht jeder ist so sehr beliebt bei der Regierung wie er. Man sollte aber meinen, daß solche Fälle gar nicht abgeurteilt würden, aber ein Staatsanwalt hat schon zu viel unwahres vernommen, als daß er jedes Wort für wahr halten könnte und da dieser Mann dem Anschein nach in Amerika ist, so kann leicht einer falsche Papiere haben, um ihn zu verleumden, dadurch daß man Verbrechen begeht, sich dann aus dem Staub macht und den Unschuldigen dann festnehmen läßt, nachdem der Verbrecher es so eingerichtet hat, daß der Verdacht auf den Unschuldigen fallen muß. Dieser Verbrecher ist ein Mann, der von dem Mörder mit vielerlei Papieren, welche mit nachgeahmten Stempeln versehen waren,

ausgestattet ist. Einen Namen von diesem Verbrecher kann ich nicht angeben. Auch hat derselbe jedenfalls alle Papiere nicht bei sich, ich weiß nur, daß er viele Diebstähle ausführte, für die ich nur den einen anzugeben weiß, welcher im Jahre 99 im Postgebäude in W. verübt wurde. Auch der Mörder hat etliche Diebstähle auf dem Gewissen, für die ich durchaus glaubwürdige Zeugen angeben kann. In der ganzen Familie ist nur eine Tochter, welche nicht direkt ein Verbrechen auf sich hat, sondern mit ansieht, was alles getrieben wird, ich bin fest überzeugt, daß dieses Mädchen schon längst alles zur Anzeige gebracht hätte, wenn sie ihre Familie nicht berücksichtigen würde; gedroht hat sie ihrer Familie schon etliche mal, sogar im Beisein anderer Leute, deren Namen ich nicht weiß. Es ist also gar nicht so schwer, diese Familie zu entlarven, wenn alle Zeugen, die ich weiß, auftreten nebst den Beweisen, die ich vorzubringen vermag. Im ganzen sind es 8 Zeugen.

Hochachtungsvoll

E. G."

„An Herrn E.!

Kommen Sie gleich nach H., wohin wissen Sie. Bin nicht der, für den Sie mich halten, vorerst nichts zu Marie sagen, möchte sie überraschen. Kosten auf meine Rechnung nachher. E. G."

„H., den 18. Januar 1905.

Geehrter Herr E.!

Entschuldigen Sie gütigst, daß ich mich mit einer Bitte an Sie wende. Sie wissen, daß ich wiederholt bestraft wurde u. meinen, ich mache solche dumme Streiche. Aber dem ist nicht so. Sie wissen nicht, was sich zwischen mich und Ihre Tochter Marie bis jetzt gestellt hat und machen mir immer den Vorwurf, ich mache sie nur unglücklich, aber ich bin gerade so unglücklich. Wenn ich meine Geliebte nicht mehr nach ihrem wahren Werte zu schätzen wüßte, dann würde ich schon längst mit ihr gebrochen haben, anstatt sie immer in banger Ungewißheit zu lassen. Man hat mich verleumdet, weil ich Zeuge eines schweren Verbrechens war; wenigstens weiß ich keinen anderen Grund dafür zu finden. Ich war bis jetzt durch einen Eid, der mir heilig war, zum Schweigen verpflichtet. Aber nicht nur dieses Verbrechen ließ mein Gewissen nicht zur Ruhe kommen, sondern auch das Unglück meiner Geliebten. Ich habe mich erkundigt, ob denn dieser unselige Eid auch wirklich zu halten sei und ich habe die Auskunft erhalten, daß ich es nicht mehr länger zu verschweigen brauche. Ich habe Ihnen ein Telegramm gesandt, aber die Antwort blieb mir zu lange aus, so daß ich glaubte, sie haben es nicht erhalten. Ich habe die Beweise meiner Unschuld in den Händen, aber ich habe sie so gut versorgt, daß sie außer mir niemand zu finden weiß. Wenn Sie die Güte hätten auf Ihr Anwesen 21 000 M. aufzunehmen und mit diesem Geld

nach H. zum hochwohlgeborenen Herrn Schw. kämen, würde ich entlassen, um meine Unschuld gerichtlich nachzuweisen u. eine Verbrecherfamilie zu entlarven. Sie brauchen nicht zu glauben, daß Ihr Geld verloren wäre, denn ich würde mich stets bei Ihnen aufhalten, bis die Sache abgemacht wäre. Es würde höchstens 14 Tage dauern. Sie können mich selbst wie einen Gefangenen bewachen, denn hier muß ich mich ja auch widerrechtlich halten lassen. Aber ich glaube, daß die Fesseln der Liebe und meine Standesehre mächtig genug wären, mich am Durchbrennen zu verhindern. Ich habe seit meinem 15. Lebensjahre für 2 Erfindungen den Freiherrentitel u. ein sehr großes Vermögen, wieviel sage ich jetzt noch nicht. Ich hätte von Ihnen keine Kaution verlangt, aber bis meine Unschuld erwiesen ist, will ich meinen Stand noch verheimlichen und Geld von meinem Schlosse kann ich keines senden lassen, weil den Mechanismus am Schranke niemand kennt und vom Regent kann ich es ebenfalls nicht, weil ich nicht sagen kann, wo ich bin. Also erfüllen Sie meine Bitte, aber telegraphieren Sie gleich an Herrn Schw., daß ich mich noch einrichte. Wenn Sie nicht selbst kommen wollen, so senden Sie Richard oder Marie. Richard erhält statt 21 000 M. 31 000 M. zurück, 10 000 M. als Geschenk und auch noch den Obstgarten bei Ihrem Hopfengarten, welcher zu dem in A. befindlichen Schloß gehört, denn ich will es den A.ern zum Trotz durch Kauf an mich bringen zum zeitweiligen Aufenthalt jeden Monat 3—4 Tag. In der Hoffnung, Sie längstens bis Samstag hier zu sehen oder eines von den unten genannten schließe ich nun mein Schreiben u. grüße alle aufs freundlichste. Wir wollen hoffen, daß ich und Richard in Zukunft auch ohne Maßstab abschlagen mit einander auskommen."

„Inniggeliebte Marie!

Zum erstenmale nach so langer Trennung ergreift Dein Geliebter die Feder, um Dir einige Zeilen zu schreiben. Ich glaube gerne, du mußt an meiner Liebe und Treue Zweifel hegen, aber glaube mir, es ist nicht meine Schuld, daß du von mir so lange vernachlässigt worden bist, denn glücklichere Stunden als die, welche ich mit meiner Geliebten einstens zubringen durfte, gab es für mich nicht. Wohl hätte ich den Aufforderungen Deines Vaters Folge leisten können u. den Deinigen auch, aber daß ich mich von einem rein und unschuldigen Mädchen, das ich mit der ganzen Macht meines Herzens liebe u. das mir mehr wert ist als Ehre und Geld, daß ich mich von meiner Geliebten für einen Verbrecher halten lassen sollte, das war über meine Kräfte. Glaube mir, daß ich manche verzweiflungsvolle Stunde sowohl im Gefängnis als in der Freiheit deinetwegen durchgemacht habe. Schon längst hätte ich Dich freigegeben, wenn ich nicht sagen müßte, dann ist meine Geliebte noch viel unglücklicher als ich. Und zu meinem übergroßen Unglücke soll ich mir von Deinem Vater auch noch sagen lassen, ich liebe Dich nicht u. halte Dir

mit Edelsteinen u. Diamanten geschmückte
Haupte tragen. Aber da ich von dir meiner
ehört habe, will ich über solche Beleidigungen
Geliebte Marie, in kurzer Zeit wird dein Un-
ınn wirst Du glücklicher sein als alle Anderen
r etwas Schwierigkeiten gegeben bei der Re-
einreichte, man solle dich in den Adelstand
h und sobald du den Verlobungsring besitzest,
ıohen Titel zu führen.
in frohes Wiedersehen grüßt Dich aufs herz-
weilen noch

E. G."

„H., den 24. Januar 1905.

Mutter!
ı erhalten, bin aber nicht recht klug aus ihm
vester hat so unzusammenhängend geschrieben,
as dir eigentlich gefehlt hat. Ich will hoffen,
der so ist, daß man nichts ernstliches zu be-
ich Dich wieder gesund antreffe nach meiner
ir nicht einmal auf Weihnachten geschrieben,
ken. Liebe Mutter ich könnte Dir jetzt etwas
Deinen Kummer ja doch nicht vermindern;
einer Entlassung, nur das will ich dir schreiben,
gebracht habe als durch eigene Schuld ins Ge-
he von der leichten Seite, als ob es dich
wirst noch wissen, daß mein Lehrer oft genug
ır könne als 100 andere, welche studiert haben
aus mir noch werden könne. Seine Vermutung
e so wie man mich jetzt über die Schultern an-
ın mich nach meiner Entlassung achten. Ich
ıaltenen Zeitungen schon dafür, daß den A.ern
wird. Vielleicht werde ich von seiner Mayestät
ıt, wenn nicht, so werde ich eben meine Strafe
agen, daß ich gegen Kaution entlassen werde.
ch Dir etliche Zeit nicht mehr schreiben, denn
schreiben. Du wirst mich also entschuldigen.
reibe ich jetzt gleich an Herrn E., schreibe es ab



und setz meinen Namen darunter u. gebe es ab. Sorge auch dafür, daß dieser Brief nicht verloren geht, ich könnte ihn später als Beweisstück brauchen. Nimm auch eine Abschrift von dem, was du abgeben mußtest. Es grüßt Dich aufs herzlichste

Schreibe mir gleich Dein Dich liebender Sohn
nach Empfang dieses Briefes. E."

„Geehrter Herr E.!

Nachdem Sie über meine Person im klaren sind; und ich sowohl auf den an Sie gerichteten Brief wie auch auf den an Ihre Tochter gerichteten vergebens auf Antwort gewartet habe (sogar 8 Tage über die angegebene Frist), so nehme ich an, daß es Ihnen wünschenswert ist, wenn das Band, das mich mit Ihrer Familie verband, zerrissen wird. Es soll so sein. Ich gebe Ihre Tochter frei. Ich werde es zu überwinden wissen. Teilen Sie dies Ihrer Tochter mit. Ich gebe Ihnen nachher Gelegenheit, mir für die zugefügten Beleidigungen (im Eisenbahnwaggon seinerzeit ausgesprochen) Genugtuung zu leisten.

gezeichnet von E. G.".

„An Frau E. G. in A. Bitte n u r eigenhändig abzugeben.

H., den 25. Januar 1905.

E. G. geboren am 18. Februar 1883.

Ich kam mit meinem 15. Lebensjahre nach M. als Gärtnerlehrling u. war dort 3/4 Jahre und wurde im Dezember 1898 von der Strafkammer R. zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt. Seit meiner letzten Entlassung war ich in E. in Arbeit gestanden bis zu meiner Verhaftung in einer Kolportagebuchhandlung und Bilder- und Spiegelgeschäft."

„H., den 27. II. 1905.

An Seine Mayestät, König von Württemberg!

Ich lege hier seiner Mayestät ein Verzeichnis über Voraussagungen folgender Personen bei, welchen es in einer Ueberirdischen Erscheinung durch die Gnade Gottes mitgeteilt wurde.

1. im Jahre 1896 durch den Regent der Schweiz.
2. durch Herrn Lehrer P. in A.
3. im Jahr 1899 durch Herrn Lehrer V. im Zellengefängnis in J.
4. im Jahre 1902 durch 3 Gefängnisaufseher im Landesgefängnis F. und durch den Großherzoglichen Amtsrichter und Staatsanwalt in C.
6. im Jahre 1903 durch Herrn Untersuchungsrichter u. den Königlichen Staatsanwalt in R. und durch m e i n e n V a t e r in A.

Der Regent der Schweiz sagte mir, ich würde zwei Erfindungen machen anfangs des Jahres 1905, welche ich nebst Deutschland auch noch der

Schweiz anbieten würde. Ich würde im Jahr 1905 an den Regent die Bitte stellen, sich mit Deutschland zu vereinigen für immer, so daß Deutschland freien Gebrauch des Goldes u. des Silbers der Schweiz machen könne. Diese Bitte würde mir erfüllt. Den Anlaß dazu gebe das, daß die Schweiz mein Unterseeboot wolle nebst meinem Scheinwerfer; ferner sagte er mir, daß ich ins Gefängnis kommen würde und es würde mir das alles von den obengenannten Personen vorhergesagt. Die letzte Strafe, welche ich erhalten würde, sei 3 Jahre, und so, daß ich über die Zeit, wo dieses geschehen werde, im Gefängnis sei; so daß ich genötigt sei, die Gnade meines Königs anzurufen. Auch würde ich am Geburtsfest Seiner Mayestät mit meinen Mitgefangenen unerlaubterweise verkehren, das alles würde kurz vor meiner Festnahme zuletzt meinem Vater geoffenbart werden, dann hören die Erscheinungen auf, und alle die, welche es erfahren haben, würden es ganz vergessen. Ich selbst würde erst in meiner Strafe wieder durch Gottes Gnade daran erinnert, nachdem die Erfindungen von mir gemacht seien. Diese habe ich nun gemacht, und nachdem ich am Geburtsfest Seiner Mayestät den ganzen Tag auf Befreiung gehofft habe aus den im Gnadengesuch angeführten Gründen, ist in Erfüllung gegangen, was mir gesagt wurde; und da ich den Glauben an Gott treu im Herzen trage, so glaube ich auch an seine Verheißungen; denn er ist mächtig genug, zu Stande zu bringen, was er versprochen hat. Es hat sich bis jetzt alles bis ins kleinste erfüllt, auch das, daß niemand mehr etwas von den Erscheinungen weiß. Ich habe mich bei Herrn Oberjustizrat Schw. erkundigt, da er mir von allen, welche es erfahren hatten, am nächsten ist u. so wird sich auch das zu erwartende noch erfüllen.

Untertänigst gezeichnet von E. G."

„H., den 27. Februar 1905.

An Seine Mayestät, König von Württemberg!

Gnadengesuch

des Gefangenen E. G., welcher am 1. Juli 1903 vor der Strafkammer des Königlichen Landgerichts R. wegen einfachen Diebstahls im Rückfall zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt wurde und zur Verbüßung derselben in das Königliche Landesgefängnis H. verbracht wurde. Ich habe mehr als die Hälfte meiner Strafzeit verbüßt u. bin zur Einsicht meines Unrechtes gekommen und muß mir immer wieder sagen, daß ich mich schwer gegen die Gesetze seiner Mayestät verfehlt habe. Da Seine Mayestät vom Rechte der Gnade Gebrauch machen kann, so wage ich es, die Gnade meines Königs anzurufen. Wohl ist es Pflicht der Richter nach dem Gesetz zu handeln u. jeden Übertreter nach Maßgabe der Gesetze zu bestrafen, aber noch schöner ist das Recht der Gnade. Denke sich Seine M. in meine Lage, wie ich wegen einer unüberlegten Handlung schon so lange Zeit im Gefängnis schmachte, fern von Eltern und Geschwistern. Denke sich seine M. den großen Schmerz meiner Mutter,

der aus jeder Zeile der mir zugeschickten Briefe zu lesen ist u. der mir Tag und Nacht vor Augen schwebt. Ich ließ mich bei meinem Verbrechen willenlos von meinen Gedanken leiten, ohne daran zu denken, wie unglücklich ich mich u. meine arme Mutter damit mache. Als der Tag des Geburtsfestes S. M. anbrach, da hoffte ich den ganzen Tag auf Befreiung, weil ich dachte, eines meiner Angehörigen rufe die Gnade des Königs für mich an; aber man glaubte, man werde mich als wiederholt bestraft nicht begnadigen u. so wollte man sich jedenfalls die schwere Täuschung ersparen. Ich aber zweifle nicht, daß S. M. mich meiner Familie huldvoll zurückgibt. Ich gebe S. M. das heiligste Versprechen, daß ich mein ganzes Leben die Gesetze nicht mehr übertreten werde. Auch werde ich meinem König dankbar sein und zwei Erfindungen (ein Unterseeboot nebst Scheinwerfer) für mein Vaterland ohne allen Eigennutz ausnützen. Aus anderen Gründen wird Deutschland noch vielmehr durch mich erhalten. In der Hoffnung, daß ich nicht vergebens auf Befreiung harre, schließe ich untertänigst mein Schreiben mit dem Wunsch, daß ich durch mein nachträgliches Gesuch meinen König nicht beleidige.

Untertänigst gez. von E. G."

Da man auf Grund dieser Vorkommnisse an der geistigen Gesundheit des G. zu zweifeln begann, wurde eine genaue Untersuchung durch den Anstaltsarzt veranlaßt, der zu folgendem Urteil kam: „Ich kann den Verdacht nicht unterdrücken, als ob G. diese Geschichten, als Frucht früherer Lektüre, sich zusammengereimt hat, aber die Möglichkeit einer psychischen Erkrankung mit Verfolgungs- und Größenwahnideen ist nicht von der Hand zu weisen." Der Direktor der Strafanstalt war der festen Überzeugung, daß G. n i c h t simuliere. Da also an G.s geistiger Gesundheit gezweifelt wurde, so wurde er am 14. März 1905 der Irrenabteilung für Strafgefangene in L. zugeführt.

Der Krankengeschichte der dortigen Anstalt entnehmen wir folgendes: „Bei der Aufnahme zeigte Patient ganz das oben geschilderte Verhalten, äußerte auf Befragen stets die gleichen Vorstellungen, benahm sich aber sonst vollkommen normal; bei einer Intelligenzprüfung zeigte er sehr gute Kenntnisse und antwortete sehr prompt.

Alle seine phantastischen Behauptungen brachte er lächelnd und ohne Affekt vor.

Drei Tage nach der Aufnahme versuchte er zu entweichen, wurde jedoch daran rechtzeitig verhindert.

Während G. sich im allgemeinen geordnet verhielt, fleißig arbeitete und zu keinen Klagen Anlaß gab, kamen zwischenhinein immer wieder Tage, an denen er sich unbotmäßig und frech aufführte, gewalttätig gegen andere Kranke war und deshalb isoliert werden mußte. Einmal versuchte er auch durch Nahrungsverweigerung eine bessere Kost zu erlangen, gab diesen Versuch aber schon nach wenigen Tagen wieder auf. Von seinen

Wahnideen äußerte er spontan nichts, bot auch sonst keinerlei Krankheitszeichen, besonders keine, die auf eine Bewußtseinstrübung schließen ließen. Er schrieb in dieser Zeit eine Reihe von interessanten Briefen:

„L., 20. III. 05.

Liebe Mutter!

Ich teile Dir mit, daß ich nach L. versetzt wurde. Ich habe Dir aus diesem Grunde solange nicht mehr geschrieben, und weil ich immer f. Begnadigung hoffte. Denke nicht, daß ich es hier schlimmer habe wie in H. — Da ich jetzt noch nicht entlassen werde, so will ich Dir mitteilen, daß ich in der Schweiz schon einmal 2 Erfindungen gemacht und dafür 5 000 000 Fr. erhalten habe. Wo ich dieses Geld habe, kann ich Dir jetzt nicht sagen. Ich habe jetzt noch einmal eine Erfindung gemacht, ein Unterseeboot. Frage auch Onkel, ob er mir einstweilen von seinem Vermögen 20 oder 30 M. senden will, denn ich habe von Herrn Direktor die Erlaubnis erhalten, wenn die Verzeichnisse angefertigt seien, zehren zu dürfen und ich habe nur noch 10 M. hier und die möchte ich als Reisegeld zurücklegen. Es wäre mir lieb und recht, wenn er mich einmal besuchen würde, damit ich ihm eine Zeichnung anvertrauen könnte, über meine Erfindung, denn hier könnte ich sie verlieren und später vielleicht nicht mehr zusammenbringen, denn sie ist sehr fein ausgearbeitet, und es kommt auf eine Kleinigkeit an, so stimmt es nicht mehr. Es könnte ja möglich sein, daß er den zweiten Brief gar nicht erhalten hat, so daß ich ihm jetzt umsonst böse bin.

Es grüßt Dich Dein Dich liebender Sohn

E. G.“

„L., 3. IV. 05.

(G. mußte gestern, weil ganz unbotmäßig und ungezogen, isoliert werden. Er schreibt heute an das Königl. Justizministerium folgende Beschwerde):

Ich unterzeichneter wende mich nun noch einmal an das Ministerium der Justiz. Ich wurde am 1. Juli 1903 von der Strafkammer des Königl. L.R. zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt. Ob schuldig oder nicht, das bleibt sich diesesmal gleich. Was ich bis zu meinem 21. Lebensjahr durchmachen mußte, das wußte ich schon mit dem 12. und 13. Lebensjahre durch die Offenbarung Gottes; aber ich habe mich aus Vaterlandsliebe geduldig in alles gefügt. Auch wollte ich nicht gewaltsam in Gottes weise Ratschlüsse eingreifen. Ich will und kann meinem Vaterland einige unschätzbare Dienste erweisen:

1). habe ich im Januar d. Jahres ein Unterseeboot erfunden, welches (wie ich durch Gottes Offenbarung weiß), das beste der ganzen Welt ist. 2). liegt es in meiner Macht, dem Deutschen Reiche tausende von Zentnern Gold und Silber zu geben; Aber ich habe dabei m. freien Willen und kann

es jedem anderen Auslande, welches kein Gold und Silber hat, zukommen lassen. In Frankreich würden sie mich sogar zum Kaiser ausrufen, wenn ich wollte. Auch wäre ich nie ins Gefängnis gekommen, hätte ich mich nicht in Gottes Anordnung gefügt. Aber die Behandlung, welche ich hier habe, ist nicht nach Gottes Willen, deshalb ist es mir unmöglich, mich in dieselbe zu fügen; denn für das, was hier mir fehlt, dafür müssen alle büßen, und das ist ganz dazu angetan, daß ich statt Liebe z u m Vaterlande, Haß g e g e n dasselbe empfinde ... Könnten menschliche Kräfte etwas gegen Gottes Allmacht ausrichten, so wäre ich schon lange nicht mehr am Leben, da man mir schon Giftschlangen in und unter das Bett gelegt hat. Auch habe ich mich von solchen schon beißen lassen, ohne die Wunde zu reinigen, und dies ist eine so gefährliche Sache. Mein Leben durch Selbstmord enden, kann ich nicht, glaube daß es eine Ewigkeit giebt, wodurch Menschenernten je 2 mal gesäet und so bleibt mir nur das Schwert des Scharfrichters übrig.

Gezeichnet von E. G. hochachtungsvoll."

„An die Königl. Staatsanwaltschaft R. (L. 11. 6. 1905).

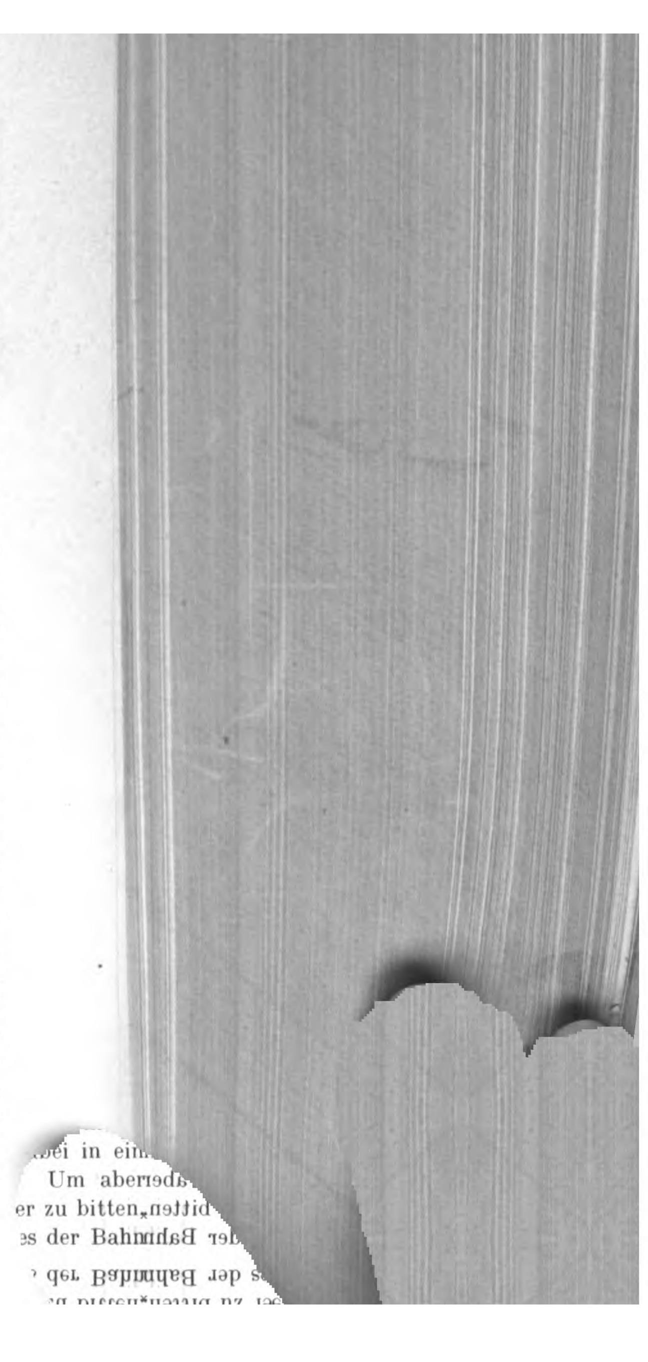
Derselben erstattet der Unterzeichnete den Bericht, daß er nun im Besitze vollständiger Beweise seiner Unschuld ist. Ich wurde am 1 Juli 1903 v. der Strafk. R. unschuldig zu einer Gefängnisstrafe von 3 Jahren verurteilt, wegen Verdacht des mehrfachen Diebstahls. Der wirkliche Verbrecher jedoch ist bei den mir zur Last gelegten Diebstählen ein gewisser Schlosser, welcher sich zur Zeit, in welcher die Diebstähle ausgeführt wurden, wiederholt in jener Gegend aufgehalten hat. Obgleich derselbe damals bei einem Viehhändler in Arbeit stand und einen ziemlich hohen Verdienst hatte, so führte er doch ein verschwenderisches Leben, daß er öfter in Geldverlegenheit geriet u. in einer solchen die Diebstähle ausführte; derethalben ich schon zwei Jahre unschuldig im Gefängnis schmachte. Bis jetzt konnte ich der K. St. A. keine bestimmten Mitteilungen über den wirklichen Täter machen, weil ich über dessen wahren Namen und bisherigen Aufenthalt nichts wußte. Derselbe befindet sich gegenwärtig in Haft. Damit derselbe nichts von der gegen ihn gerichteten Anklage erfährt, nenne ich hier keinen Namen. Ich ersuche die K. St. Anw. deshalb um eine Anordnung, daß ich durch das K. Amtsgericht L. vernommen werde. Denn das Nähere möchte ich nur dem Gericht anvertrauen. Über den Täter wurde mir alles durch eine überirdische Erscheinung mitgeteilt. Daß die Sache keine einem Geist entsprungene Idee ist, beweist das, daß ich dem Anstaltsarzt etliche Tage vorher die Mitteilung machte, daß ich eine Erscheinung gehabt habe und daß sich dieselbe wiederholen werde. Dasselbe fand Sonntag den 10. Juni des Jahres statt, wie ich vorhergesagt habe. Näheres über die Verwendung gestohlenen Geldes habe ich auf anderem Wege erfahren. Daraus ist zu ersehen, daß die Erscheinung auf Wahrheit beruht. Die K. St. A. ersuche

E. G."

„L. 23. 7. 05.

Marie!

ı öfter geschrieben habe, aber keine Antwort ß Du nie einen Brief bekommen hast. Tag ›rief von Dir, meiner Geliebten; daß Du auch ɔst, ich habe die Laufbahn der Verbrecher ɔstverständlich halten. Meine Geliebte, ich ıeit gemäß schreiben. In meiner Jugend war weren Verbrechens. ....Bis jetzt hat Dein ı mir gesagt, ich liebe Dich nicht und mache ich; ja er ging soweit, mich zu beleidigen im Eisenbahnwaggon voll Menschen, indem er t mehr auf Dein Vermögen abgesehen. Meine ·ifft mich so ungerechter Weise, daß ich diese cht vergessen konnte. Daß ich Dich vernach- ›er meine Ehre verbot es mir, mit Dir, einem t die geringste Makel befleckt, zu verkehren. ıssen, daß es für Dich peinlich gewesen wäre, lie Welt als einen Verbrecher behandelt, vor ır vor Deinen Eltern zu verkehren. Deshalb sehr ich mich immer nach Dir sehnte. Daß und Treue verlassen konnte, das wußte ich. die Dir aus unserer Liebe hervorgingen, teuer n Unglück, aber Deine Liebe zu mir, welche hat, wie ich hoffe, auch in Dir große Sehn- ten erweckt. Sind wir jetzt wenig glücklich her um so mehr. Denn nach meiner Entlassung ı Dir trennen. Wie oft habe ich nachgedacht, ı gern tragen würde, wenn nur Du meine Ge- wollte den Mord schon oft zur Anklage bringen. sser gehen dachte ich aber es hat seine Haken. be unter Anderem: Ich habe im Ausland zwei afür 5 Millionen und den Verdienstadel erhalten ımal eine Erfindung gemacht, so haben meine sei verrückt u. spinne und mich dabei in ein es zugleich als Strafanstalt dient. Um aber ɛnde ich mich an Dich, Deinen Vater zu bitten, endet oder mich besuche, wenn er es der Bahn



nicht übergeben will bis zu meiner Entlassung. Ich möchte die ganze Sache einem Kriminal-Schutzmann übergeben, damit er die Sache heimlich untersucht. Da ich Beweismittel in den Händen habe, so ist es leicht, den Täter zu entlarven. Da aber die Sache mit großen Kosten verbunden ist und ich mein Vermögen im Auslande habe, so wende ich mich durch Dich an Deinen Vater. Da er mir vor meiner Verhaftung Kaution stellen wollte, wo wir mit einander heimgefahren sind, so wird er Dir Deine Bitte gewiß nicht abschlagen. Da ich mein Fortune (Vermögen) im Auslande habe und dasselbe groß ist und ich nur auf wiederholtes Drängen gesagt habe: in der Schweiz, was natürlich nicht wahr ist, so ist es nicht leicht zu suchen und deshalb muß ich halt verrückt sein. Es ist ja sicher, daß mein Name im Ausland in die dort vorherrschende Language translate is (Sprache übersetzt ist). Da ich mehrere Sprachen rede, so ist es so ziemlich sicher, daß ich wieder ins Ausland gehe und dort etliche Jahre bleibe. Da mir mein Vermögen keine Hindernisse in den Weg legt, solche Unkosten zu machen wie die Sache kostet, bin ich in etlichen Wochen im Besitze meiner Freiheit und dann hat das Unglück meiner Geliebten ein Ende. Da ich weiß, come sei bone (wie gut du bist) und wie sehr Du mich liebst, so werde ich alles aufbieten, um Dich in den Besitz ungestörten Happines's to set (Glückes zu setzen). Sollte Dein Vater meiner Bitte nicht nachkommen wollen, so werde ich meine Strafe ganz verbüßen. Die 11 Monate gehen dann auch vollends herum In the Hoppe (in der Hoffnung) auf baldige Antwort schließe ich mein Schreiben. Es grüßt Dich herzlich

Dein Dich innigliebender

E. G.“

„L. den 6. 8. 1905.

Der Königl. Staatsanwaltschaft R.

Derselben hat der zur Zeit in der IrrenAbteilung L. befindliche Gefangene E. G. schon vor Monaten Mitteilung über einen verübten Mord gemacht. Dieselbe wurde jedoch von der K. St. verworfen, weil sie mich nicht für geistig normal hielt. Über diesen Beschluß habe ich mich bei der K. Generalstaatsanwaltsch. beschwert. Ich wurde jedoch zurückgewiesen, weil meine Beschwerde kein Datum hatte.

Da ich in meiner Eingabe an die K. St. R. weder den Mörder noch sein Opfer genannt habe, so erlaube ich mir, bei der Königl. Staatsa. höflichst anzufragen, ob dieselbe gewillt sei, eine Untersuchung einzuleiten, wenn ich Täter und Opfer namhaft mache und Zeugen nenne, welche den Verdacht über den Mord mir gegenüber auch schon geäußert haben. Wenn man mich für geisteskrank hält, so kann man doch nicht auch die Zeugen für geisteskrank halten. Die Zeugen sind von A. und es ist mir nichts bekannt, daß daselbst die Geisteskrankheit so vorherrsche, daß die K. St. A. denken könnte, es haben auch die Zeugen solche Ideen,

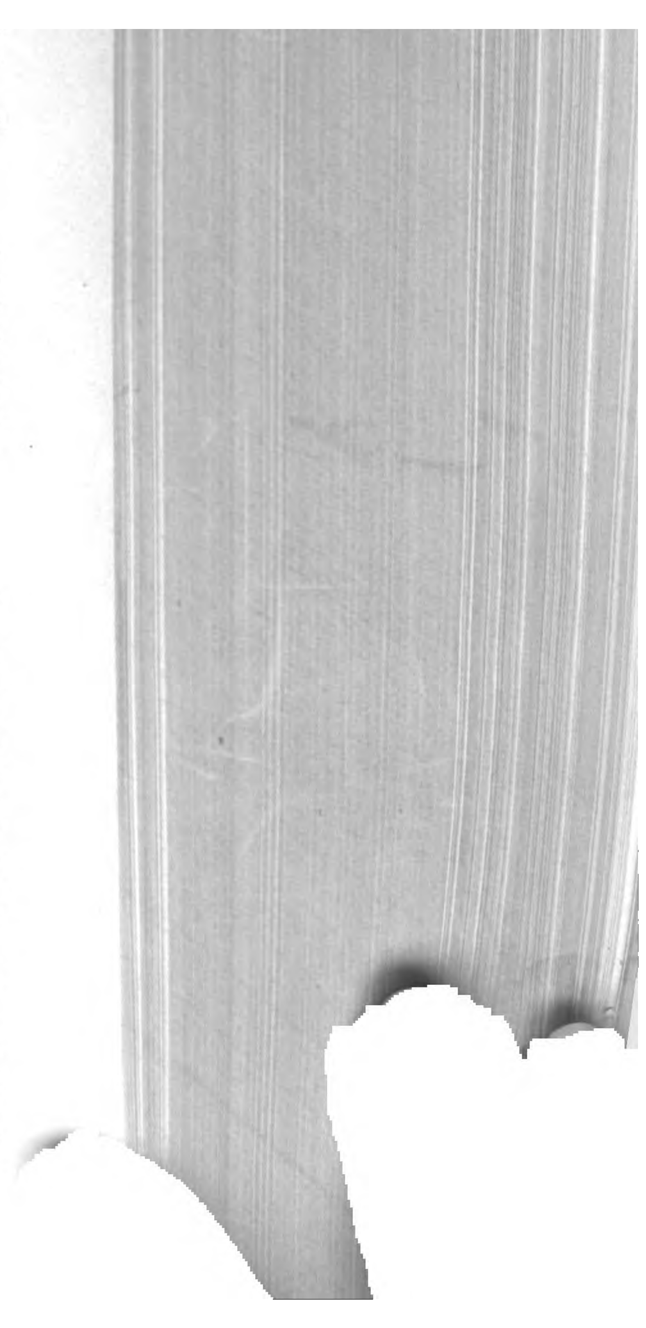
n gegen die K. St. A. weiter zu beschweren.
ster Hochachtung von E. G.
§§ der St. P. O. bitte ich um Beantwortung
zlichen Frist."

ısärztliche Äußerung.
I. in der Irrenabteilung H. verpflegte E. G.
on ihm angezeigten Mord anlangt, so handelt
r. zugesehen haben will, wie ein Mann seine
oe, daß er sie von einer Schlange beißen ließ,
steile. Der Mann habe ihn durch einen vor-
ngen, zu schwören, daß er die Sache nicht
schen in Erfahrung gebracht haben will, daß
l nicht gültig ist, will er den Fall zur Anzeige

Medicus."

„L. den 14. I. 06.

genen E. G., welcher vor 3 Wochen dem Herrn
e:
fangene B. einen Fluchtversuch plante und
olle ihm behilflich sein Aufseherskleidung und
3. meinte es ginge dies sehr leicht, wenn man
en Zeit überfallen und ermorden würde, dann
l aus dem Kleiderkasten Uniform und Säbel
r verkleidet zum Tor hinaus zu gehen nach K.
eine Familie oder einzelstehende Person er-
ld zu erhalten, um ins Ausland zu entkommen.
ne keinen Glauben schenkte, beweist, das, daß
ir nur geträumt. Daß jedoch meine Aussagen
eist das, daß B. jetzt wieder mit einem anderen
ach, wie mit mir. Auch da wurde es wieder
h glaubte richtig gehandelt zu haben, als ich
ppeltes Verbrechen verhüten wollte. Nach der
ich als Denunziant ganz verächtlich behandelt
litgefangenen muß ich manches hören. Drei
kam B. wieder in unsern Arbeitssaal und sein
er einem Mitgefangenen sagte, er wolle an mir
ne Rache nehmen. Ich ersuche den Herrn Di-



rektor die Sache zu untersuchen, damit ich aus dieser Angelegenheit herauskomme. Auch bitte ich, daß der Gef. St. darüber vernommen wird, auf welche Weise B. sich an mir rächen wollte. Ich glaube nicht, daß der Arzt richtig gehandelt hat, als er den B. immer in Schutz nahm und ihn in kurzer Zeit 6 mal in Gemeinsamhaft verbrachte, wenn man weiß, wie er auf ganz gemeine Weise den Gefangenen H. und M. beim Arzt denunzierte, nur um mit diesem Denunzieren seinen Schurkenstreich auszuführen und den Arzt in Sicherheit zu wiegen. Oder wenn man seine Hetzereien betrachtet, wie er bald das Personal bald die Gefangenen hintereinander hetzt. Ist es nicht gemein, wenn ein Gefangener zum Arzt läuft und sagt: ich will Ihnen in die Hand arbeiten, aber Sie müssen es auch annehmen, der Gef. H. und M. wollen einen Fluchtversuch machen, wenn er doch selbst einen Mord begehen will. In dieser Zeit, wo B. in diesem Hause ist, ist es jetzt das 5. mal, wo er eine Entweichung plant, bei den ersten zwei wurde er abgewiesen, wie er mir selbst sagte. Seit die Schurkenstreiche von B. aufgeklärt sind, ist alles so erbost über ihn, daß er wenn er bei der letzten Hetzerei nicht so schnell vom Arzt aus dem Saal geholt worden wäre, unbarmherzig geschlagen worden wäre. Wenn B. in Gemeinsamhaft ist, ist es, wie wenn eine Bestie in eine friedliche Herde einbricht. Hätte B. nicht eine große Hilfe und Stütze beim Arzt, so würde ich mich nicht genötigt sehen, gegen einen Mitgefangenen Beschwerde erheben zu müssen. Daß B. eine Hilfe vom Arzt hat, beweisen die Worte: Herr S. steht mir nur bei, weil er Angst vor mir hat. Diesen Ausdruck können alle meine Mitgefangenen bestätigen, weil B. den Herrn Arzt offen als Feigling hinstellt. Kaum war B. unten so ging es gegen uns oben los, namentlich gegen mich, wo er zum Gef. H. sagte, er solle mich auf dem Abort erwürgen. Obwohl B. mir immer nachschlich, wenn ich auf den Abort ging, um sein Vorhaben auszuführen, so gelang es ihm wegen meiner Vorsicht nicht. Deshalb suchte er H. dazu zu verleiten, wobei er aber an die falsche Adresse geriet. H. beschwerte sich selbst beim Arzt. Ich bitte den Herrn Dir. nochmals meine Angaben zu untersuchen, damit Licht in die Sache kommt.

Hochachtungsvoll

E. G."

„An das Königl. Strafanstaltenkollegium

Stuttgart.

Demselben gestattet der Gefängnisgef. E. G. Nr. 788, zur Zeit in der Irrenabteilung L. befindlich, folgende Beschwerde vorzulegen.

Den Anlaß zu dieser Beschwerde gab die willkürliche Behandlung von seiten des Herrn Arztes. Da ich mich in höflichen Worten wegen einem Halsleiden an den Herrn Arzt wendete, so dachte ich, daß es keinen Anstand geben würde, daß er mir helfen würde. Aber Herr Dr. sagte mir, daß er mir erst etwas geben würde, wenn das Übel größer sei. Als der

H. Dr. mich etliche Tage darnach im Zimmer sah und ich ihm mein Anliegen noch einmal vortrug, sagte er, ich habe darüber noch nichts geäußert, obwohl es gesagt wurde im Beisein eines Aufsehers. Herr Dr. ließ mich nach 6 Tagen zu sich ins Zimmer rufen und gab mir erst etwas, nachdem ich unerträgliche Schmerzen hatte. Nebenbei habe ich noch eine Vergrößerung der Schilddrüse, welche, wenn sie schnell wachsen würde, in einen Kropf ausartet. Auch da könnte Herr Dr. leicht helfen, wie er mir selbst sagte. Aber er will sehen, wie schnell die Drüse sich vergrößert. Ich aber glaube, daß, wenn man noch länger zusieht, die Sache so schnell wächst, daß mein Hals so verunstaltet wird, daß ich dann, wenn ich auch wieder geheilt werden kann, doch längere Zeit daran habe. Eine weitere Beschwerde habe ich über die hier verabreichte Kost anzubringen. Aus mir selbst unbekannten Gründen vermag ich dieselbe entweder gar nicht, oder nur in ganz geringer Menge zu genießen. Sie wiedersteht mir einfach, und wenn ich mich zum Genuß der verabreichten Menge zwinge, wird es mir unwohl. Bei dem geringen Quantum, das ich genießen kann, vermag ich jedoch nicht zu bestehen. Deshalb bin ich, um bei der Kost bestehen zu können, auf die gestatteten Extra-Genußmittel angewiesen, welche ich mir jedoch aus meinen eigenen Mitteln anschaffen muß.

Meine Geldmittel, über welche ich hier verfügen kann, sind jedoch so gering, daß der Zeitpunkt vorausgesetzt ist, an dem dieselben erschöpft sind; dann bin ich nicht mehr in der Lage, mir die Extra-Genußmittel anschaffen zu können und ich bin dann auf beständige Hungerkost gesetzt. Der Verdienst, der hier den Betrag von 10 Pfg. nicht übersteigt, wird nicht ausreichen zur Anschaffung von Extra-Nahrungsmitteln in bisheriger Menge. Es ist zwar Gewichtszunahme bei mir vorhanden. Ich bin aber bei meinem 22. Jahr so schwach, daß man mich für 15 oder 16 Jahre halten könnte, der Statur und Größe nach. Die Natur scheint jetzt das Versäumte nachholen zu wollen, denn ich bin in den letzten 2 Jahren mindestens um 20—25 cm gewachsen und so fühle ich mich in hiesigen Verhältnissen trotz Gewichtszunahme nicht wohl. Um das angetretene Wachstum nicht weiter aufzuhalten, ist es für mich wünschenswert, körperlich so gesund zu sein, jede Kost vertragen zu können, oder wenn sich das nicht erzwingen läßt, eine Kost zu erhalten, bei welcher ich mich wohler befinden würde als bisher. Um diese Kost, welche ich vertragen konnte, wendete ich mich an den Arzt, aber meine Bitte blieb unbeantwortet. Auch die Vespermilch, welche hier früher gratis allgemein verabreicht wurde, ist aus mir unbekannten Gründen allgemein wieder abgeschafft worden. Da ich, bevor ich hierher kam, in der K. St. H. war, so konnte ich mir dort mehr Extra-Genußmittel anschaffen. Außerdem wurde mir daselbst vom Arzt Morgen- und Vespermilch verabreicht. Mehr als 10 Pfg. kann ich hier nach der Hausordnung nicht verdienen pro Tag und da ich zuerst 8 Pfg. pro Tag u. die Milch hatte, so war ich besser daran als jetzt, da ich 10 Pfg. verdiene und mir die Speisen alle kaufen muß.

Nachdem ich meine Beschwerde hierdurch vorgebracht habe, möchte ich das verehrliche K. St. A. K. höflichst bitten, dahin entscheiden zu wollen, daß die hier bestehenden Mißstände abgeschafft werden u. ich ganz oder teilweise eine Kost erhalte, welche mir zuträglicher ist als die jetzige. Einer Antwort entgegensehend, zeichnet sich mit größter Hochachtung

H. L. den 9. VII. 05. E. G. Irrenabteilung."

Im Laufe des Jahres 1906, als sich seine Strafzeit dem Ende näherte, trat eine wesentliche Änderung in G.s Verhalten ein. Er wollte nunmehr von all seinen Behauptungen nichts mehr wissen, das sei alles „dummes Gerede" gewesen. Er habe gedacht, man habe es in L. besser als im Gefängnis, und habe deshalb diese Sachen behauptet, er wisse wohl, daß er weder Unterseeboote konstruieren noch viel Geld verdienen könne, das sei alles ebenso dummes Zeug wie seine phantastische Schlangengeschichte. „Wenn es ein Vergehen war, solche Dinge zu erfinden, dann solle man ihn dafür bestrafen, aber geisteskrank sei er weder jetzt noch zur Zeit der fraglichen Behauptungen gewesen." Dabei wies er darauf hin, daß er in dem letzten halben Jahre seiner Strafzeit keine solchen Sachen mehr gesagt habe. Anfangs habe er ja wohl oder übel noch daran festhalten müssen. Auch der Aufseher bestätigt, daß G. nur in der allerersten Zeit seines Aufenthaltes in L. derartige Äußerungen getan habe; im übrigen sei G. intelligent und aufmerksam, aber ein Lausbub und frech.

In Erwägung der Tatsache, daß G. nie ernstliche Schwierigkeiten gemacht hatte und zur Zeit seiner Entlassung alle irgendwie krankhaft scheinenden Behauptungen in Abrede gestellt hatte — wie man annahm, dissimulierte —, so wurde am Ende seiner Strafzeit seine Entlassung in die Freiheit befürwortet, vorausgesetzt, daß seine Eltern bereit und in der Lage seien, ihn aufzunehmen und gehörig zu beaufsichtigen. Er wurde am 30. Juni 1906 entlassen.

Die Frage, ob G. geisteskrank sei oder simuliere, hatte den behandelnden Anstaltsarzt in L. dauernd beschäftigt. Schließlich hatte er sich doch für Geisteskrankheit und spätere Dissimulation entschieden. Dazu trug vor allem die Tatsache bei, daß G. schon zu einer Zeit Wahnideen äußerte, als die Irrenabteilung des Gefängnisses überhaupt noch nicht eröffnet war, und daß G. auf den Hinweis, der Bürger von A., den er der Ermordung seiner Ehefrau bezichtigte, werde zweifellos Schritte gegen ihn unternehmen, stets zur Antwort gab, er werde den Beweis seiner Behauptungen erbringen. Hierzu kam noch neben auffallenden Degenerationszeichen (kindlicher Körperbau, abnormer Penis u. a.) das deutlich gehobene Selbstgefühl, der große Hochmut, den G. trotz allen bubenhaften Benehmens immer zur Schau trug. Der Arzt hatte den Eindruck, daß G. von dem Augenblick an zu dis simulieren begann, als die Zeit seiner

Dort wurde er von dem Gefängnisarzt untersucht,
u. a. folgendes berichtet: Die Frage nach etwaigen
ner Familie verneinte G., fügte aber sofort hinzu:
ohin das hinaus will, man will mich wieder als
nd in eine Irrenanstalt bringen; im Gefängnis
so sehr hintergangen worden und ist dieser daran
psychiatrische Abteilung in L. verbracht wurde."
nn öfters untersucht habe, hätte ihn doch gewiß
geisteskrank wäre. Weiterhin bemerkte er, man
ssen, er gebe den Diebstahl gerne zu und bekomme
Auf weiteres Zureden gab G. dann an, er sei in
etzt worden, weil er Geisteskrankheit simuliert
er dann weiter: Im Gefängnis in H. habe er nach
sen einer Abhandlung über das englische und
boot selbst darüber nachgedacht, sich dann damit
ngen und Beschreibungen zu entwerfen, er habe
inniert und schließlich selbst an eine eigene Er-
an eben in der Langeweile im Gefängnis auf alle
mme. Die Zeichnung usw. sei zufällig von einem
lem Direktor überbracht worden. Dem Arzte habe
itteilung über sein Unterseeboot gemacht, nach-
illschweigen versprochen habe, derselbe habe aber
chließlich meinte jedoch G., ob er damals unsinnige
, oder ob diese wirklich seine Überzeugung gewesen
lt. Sicher sei nur, daß er in L. wieder von diesen
sei. Meine Frage, weshalb er dann 5/4 Jahre
urückgehalten worden sei, beantwortet er dahin,
erung umständlich und mit Kosten verknüpft
be der Arzt damals gerade die Fabrikation von
führt, welche er besonders gut habe anfertigen
i er zurückgehalten worden. Der Arzt kam dann
faßte Gesuch um Wiederaufnahme des Verfahrens
vie es sich mit der Aussage verhalte, daß ihm die
lichen Täter bezeichnet habe. G. erzählte hierauf
i in L. ein A. M. aus S. interniert gewesen, der
enauer Unterredung als Täter bekennen wollte,



weisen ist, zurzeit eine die freie Willensbestimmung ausschließende krankhafte Störung der Geistestätigkeit nicht in die Erscheinung tritt, so „verdient doch die in den Akten ausgesprochene Äußerung des Vorstandes der Irrenabteilung in L. alle Berücksichtigung, daß G. an chronischer Verrücktheit leidet, und ebenso die Äußerung des dortigen Hausgeistlichen, daß sich die Verrücktheit zeigt, wenn er auf seinen Wahn zu sprechen kommt. Wenn G. bei meiner Untersuchung seine etwaigen krankhaften Ideen und Überzeugungen verhehlt, sie dissimuliert, so kann der Grund darin liegen, daß er damit seine Einweisung in eine Irrenanstalt zu vereiteln sucht. Um nun zu einem bestimmten Urteil über den Zustand des G. zu gelangen, wird sich eine mehrwöchige klinische Untersuchung und Beobachtung in einer Irrenanstalt empfehlen".

Daraufhin wurde G. am 4. Oktober 1906 der Psychiatrischen Klinik in Tübingen zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand überwiesen. Die körperliche Untersuchung ergab: „G. ist ein kleiner, grazil gebauter Mensch von sehr jugendlichem Aussehen und weiblichem Habitus. Die Nasenwurzel ist auffallend breit, die Augen sind etwas schlitzförmig, stehen weit auseinander. Das Geschlechtsglied ist sehr groß. Sonst finden sich keine der sogenannten Degenerationszeichen. Die Schilddrüse ist leicht vergrößert. Schlund- und Hornhautreflexe fehlen. Im übrigen finden sich sonst keinerlei körperlichen Veränderungen.

G. war zeitlich und örtlich vollkommen orientiert, faßte sehr gut auf und zeigte für seinen Bildungsgrad gute Schulkenntnisse. Auf Fragen antwortete er sehr prompt, drückte sich ganz gewandt aus und schilderte sein früheres Leben recht geschickt. Er machte dabei ungefähr dieselben Angaben, wie sie in den Akten enthalten sind, wich nur in ganz unwesentlichen Zügen davon ab, und zwar handelte es sich dabei nur um kleine Ausschmückungen, die dazu dienen sollten, ihn herauszustreichen oder interessant erscheinen zu lassen. Einem Mitkranken gegenüber rühmte er sich dauernd seiner vielen Lumpereien und Streiche, die er schon begangen habe, und insbesondere die Gelegenheiten, bei denen es ihm gelungen war, andere hereinzulegen, erzählte er mit deutlichem Behagen und unter lautem Lachen. Manchmal lachte er auch ohne Veranlassung plötzlich laut auf, gab dann irgendeine derartige Geschichte zum besten, die ihm gerade eingefallen war; doch war er dabei nicht selbst produktiv,

erfand keine neuen Erzählungen, sondern es handelte sich nur um kleine, unbedeutende Züge, die er neu einflocht. So erzählte er z. B. bei der Schilderung, die er von dem Einbruchsversuch im Jahre 1903 gab, nunmehr, er habe diesen aufgegeben, weil er gewußt habe, daß sein Genosse ein Epileptiker sei, und fürchten mußte, dieser könne im Hause einen Anfall bekommen; bisher hatte er Furcht vor Zuchthausstrafe als Beweggrund angeführt. Auch an gelungenen Streichen anderer fand er großes Vergnügen, las mit Behagen derartige Stellen in der Zeitung und machte den Arzt darauf aufmerksam. Er trug im allgemeinen auch dem Arzt gegenüber ein selbstbewußtes Benehmen zur Schau, war aber gegen diesen nicht direkt unbescheiden, sondern stets höflich, zuvorkommend und zu jeder Auskunft gern bereit, während er gegen Kranke sich oft frech benahm. Zu Anfang der Beobachtung war er leicht verlegen und etwas zurückhaltend, sah beim Sprechen regelmäßig zu Boden, wurde aber allmählich immer sicherer und anmaßender, warf sich in der letzten Zeit sogar zum Beschützer anderer Kranker auf, erklärte dem Arzt in patziger Weise, er könne nicht mitansehen, wie Kranke mißhandelt würden. Beim völligen Entkleiden zur körperlichen Untersuchung und bei der Frage nach seinen sexuellen Verhältnissen errötete er und war anfänglich etwas verlegen. Über letzteren Punkt gab er an, er habe niemals mit dem andern Geschlecht verkehrt; als Grund führte er Mangel an Geld und Gelegenheit, schließlich auch sexuelle Gleichgültigkeit an. Über perverse Neigungen, die man früher bei ihm vermutet hatte, war nichts von ihm zu erfahren. Masturbation seit dem 18. Jahre wird zugegeben. Trunk sowie Alkoholintoleranz wurden in Abrede gestellt.

Über seine Straftaten berichtete er ohne jede Beschönigung und ohne sichtliche Reue. Auf Fragen erklärte er wohl, er bereue seine Vergehen, sei auch fest entschlossen, ein ordentlicher Mensch zu werden, was er auch sehr gut könne, wenn er nur wolle. Er werde ein neues Leben anfangen, wenn er jetzt entlassen werde. Für seine letzte Straftat erhalte er nur eine geringe Strafe; warum, setzte er mit Sachkenntnis auseinander. Hielt man ihm vor, daß er schon oft diesen Vorsatz gefaßt habe, aber immer wieder rückfällig geworden sei, so schob er es auf unglückliche äußere Verhältnisse, z. B. daß man ihm zur Deckung der Gerichtskosten alle seine Habseligkeiten weggenommen und so nach Entlassung aus dem Gefängnis in eine Notlage gebracht habe. Er fügte selbst lachend hinzu, der Weg zur Hölle sei mit guten Vorsätzen gepflastert. Er ging überhaupt mit großer Leichtigkeit über all diese Dinge hinweg und schien sich keine Sorgen über seine Zukunft zu machen. Wirkliche Reue oder Verständnis für seine Handlungsweise war nicht vorhanden. Aus Freude am Stehlen will er zwar nie gestohlen haben, sondern nur aus Not, wenn es ihm am Allernotwendigsten gefehlt habe. Andererseits aber erzählte er selbst, daß er mehrfach, als er in Stellung war und es ihm ganz gut ging, nur mit Mühe gegen den Trieb, zu stehlen, angekämpft habe, sobald sich eine

günstige Gelegenheit zeigte. Öfters will er auch durch Kameraden zu den Diebstählen veranlaßt worden sein, vor denen er sich dann schämte, zurückzutreten.

Sehr charakteristisch war sein Verhalten während der klinischen Vorstellung (Professor *Gaupp*). Im Beginn war er etwas verlegen, gewann aber sehr rasch im Verlauf der Unterhaltung seine gewohnte Sicherheit, und als seine Witzeleien Heiterkeitsausbrüche bei den Studenten hervorriefen, fühlte er sich vollkommen als Herr der Situation. Er begann mit schauspielerischem Talent sein Verhalten bei den einzelnen Diebstählen zu schildern, ahmte die daran beteiligten Personen in Sprache und Gebärden nach. Schließlich duldete es ihn nicht länger auf seinem Platze, er eilte gestikulierend hin und her und entwickelte in lebendigster Weise die einzelnen Ereignisse aus seinem Leben. Er strahlte vor Vergnügen und kam selbst gar nicht mehr aus dem Lachen heraus. Je mehr er sein Publikum amüsierte, um so stärker trug er die Farben auf. Mit großer Lebendigkeit führte er seine Überlegungen vor, wobei er immer bedacht war, seine Schlauheit hervorzuheben und die Dummheit der andern an den Pranger zu stellen. „Vor dem Amtsrichter, da hab' ich geheult wie ein kleines Kind und hab' erzählt, die Mutter wäre krank, um Mitleid zu erregen, und da bin ich freigesprochen worden". ... „Vor dem Schultheiß, hab' ich gedacht, da mußt du es ganz schlau anfangen; da hilft das Heulen nicht mehr, und da hab' ich erzählt: mein Vater hat mir telegraphiert" usw. Man müsse überhaupt verstehen, mit den Leuten umzugehen. „Bei dem Schutzmann, da muß man gleich frech sein, sonst hilft nichts" usw. Und nun das Wichtigste, die Schilderung, wie er zur Simulation kam: „Der Pfarrer hat immer verschiedene Neuigkeiten erzählt (im Gefängnis zu H.). Alle die Neuigkeiten hat er erzählt, was gebaut wird und alles. Und auch einmal, da kommt er und sagt: „Da oben in L. ist eine Irrenanstalt eröffnet worden. Das wird Dich aber nicht besonders interessieren." Da war nämlich neben mir ein Epileptiker, zu dem hat er es gesagt. Da hab' ich weiter gemacht und hab' gar keine Notiz davon genommen. Aber gedacht hab' ich gleich, das wär' was für dich. Und da hab' ich gedacht, was will ich markieren? Blödsinn, das kann ich nicht gut, weil die meine Schulzeugnisse vorliegen haben; Tobsucht, da bin ich zu schwach dazu, da krieg ich viel zu viel Schläge; das Beste, hab' ich gedacht, du markierst so eine Art Größenwahn." Er erzählte dann, wie er die Arbeit zerschnitten habe und wie er dafür bestraft worden sei. Daraufhin habe er eingesehen, so gehe es nicht, und sei „von selber umgefallen". Das Verschiedenste habe er sich überlegt und wieder verworfen. Schließlich sei er auf die Sache mit dem Pfarrer gekommen, die er in der schon ausgeführten Weise schildert. „Ja, wenn ich es wo anders gesagt hätte, da hätten sie es entdeckt. ... Der Pfarrer, der hat aber schon so ein mitleidiges Gesicht gezeigt, da hab' ich gedacht, wenn du einen Kopf hättest, dann würdest du kein Mitleid zeigen. Zwei bis drei

Tage hat er mit mir disputiert, ob ich mich nicht begnadigen lassen wolle. Er (G.) habe aber gleich gemerkt, daß es eine Falle sei, und gedacht, jetzt schreibst du recht unsinniges Zeug hinein.“ Der Arzt sieht dir ja nicht in den Kopf hinein, da wirst du vielleicht ganz freigesprochen und kannst heim. „In der Beobochtungsanstalt in L. da hab' ich gleich fest weiter simuliert. Der Arzt war so dumm und hat alles für bare Münze genommen. Der hielt mich für schwer krank.“ Er (G.) habe Briefe geschrieben, diese in seinen Kasten gelegt, dann sich das Gesicht fest mit Schmierseife eingerieben, damit er recht krank aussehe und sich so lange zu Bett gelegt, bis man seine Sachen durchsucht und die Briefe gefunden habe. Dann habe er wieder weiter gearbeitet. Wenn man ihn für krank erklärt habe, dann habe er immer den „schwer Beleidigten gespielt“. „Drei Monate vorher aber da sagte ich mir, jetzt geht es der Entlassung entgegen, jetzt mußt du schnell gesund werden.“ ... Unter allgemeiner Heiterkeit der Studenten verließ er, von seinen Leistungen sehr befriedigt, den Hörsaal.

Gegen die Verbringung in eine Irrenanstalt wehrte sich G. energisch und erklärte ruhig und bestimmt, vollkommen gesund zu sein. Die ganze Erkrankung im Gefängnis zu H. sowie in der Irrenabteilung in L. sei nur eine Simulation von ihm gewesen, die er unternommen habe, als er im Februar 1905 erfahren habe, daß in L. eine Abteilung für geisteskranke Verbrecher eröffnet werde. Er habe sich gedacht, daß er es dort besser habe, und schließlich auch gehofft, daß man ihn als krank vor der Zeit entlassen werde. Wenn er geahnt hätte, daß man ihn dann als Geisteskranken in eine Irrenanstalt sperren könne, so hätte er lieber die ganze Sache unterlassen. Als man ihm dann mit dauernder Anstaltsbehandlung drohte, habe er ganz plötzlich — etwa sechs Monate vor Ablauf seiner Strafe — die Wahnideen aufgegeben und seine Simulation zugestanden. Er habe nur deshalb in L. so lange an ihr festgehalten, weil öfters Kranke von L. wieder in die Strafanstalten zurückgeschickt worden seien und er dies auch für sich habe befürchten müssen. Sein Verhalten während dieser Zeit schilderte er genau so, wie es nach den Akten gewesen sein soll, und zeigte dabei eine sehr gute Erinnerung an alle Einzelheiten. Er machte sich über die Ärzte lustig, die auf ihn hereingefallen seien, und renommierte, wie geschickt er sich dabei benommen habe. Wenn er nur wolle, so könne er auch die hiesigen Ärzte täuschen, alle Psychiater würden ihn für geisteskrank halten. Auf Aufforderung, es doch zu tun, weigerte er sich erst, da man ihn vielleicht doch für geisteskrank hielte, verfaßte aber dann folgendes Schriftstück, das den in H. und L. geschriebenen ähnelt, aber viel läppischer und schwächer ist. Es lautet:

„An Herrn Dr. G.

Ich ersuche Sie, mich morgen so bald als möglich zu entlassen, da es sich jetzt herausgestellt hat, wer ich bin. Ich werde, wenn ich hier fortkomme, zum König von Bayern gewählt. Ich habe mir ein Verdienst

erworben um Bayern, indem ich mich mit der 70 Jahre alten Kronprinzessin verheiratet habe. Diese ist so schön und jung, daß ich mich unbedingt zum König wählen lasse. Denn meine erste Braut hat ja der deutsche Kaiser ermordet. Deshalb erkläre ich mich mit Bayern als selbständig und vernichte die übrigen Staaten, welche in ganz Europa liegen. Das ist mir ein Leichtes, denn ich will mit meinem erfundenen Luftballon Kanonen in die Höhe führen und so vernichte ich mit jedem Schuß viele Millionen Soldaten. Ich hoffe, daß Ihr meine Braut nicht mehr in der Frauen-Abteilung als geisteskrank haltet, denn sie ist so gesund wie wir selbst, andernfalls haue ich Ihnen den Kopf ab. Wenn ich entlassen werde, dann können Sie von den 60 Millionen, welche Sie mir abgenommen haben, 50 behalten.

gezeichnet

von seiner Majestät

König Eugen der I."

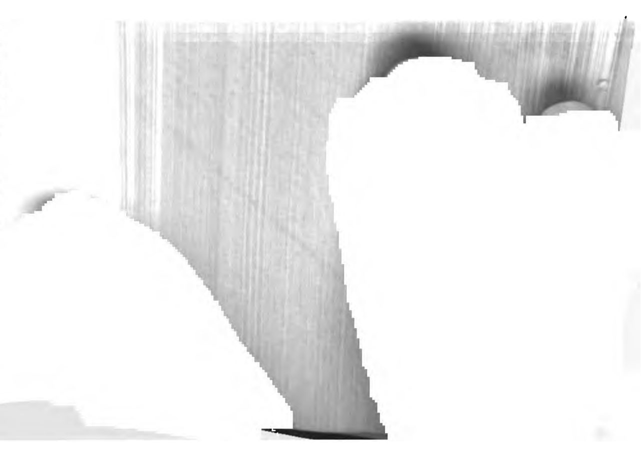
G. sprach über all diese Dinge sehr gern, kam dabei nicht aus dem Lachen heraus und benahm sich wie jemand, der über einen gelungenen Witz berichtet. Daß man ihn zurzeit für geisteskrank halten könne, erklärte er für ganz ausgeschlossen, wurde auch nicht gereizt, als man ernsthaft davon sprach, sondern lehnte es einfach als etwas, das ganz ausgeschlossen sei, ab. Am 14. November wurde G. aus unserer Beobachtung entlassen.

Auf Grund der klinischen Beobachtung wurde über G. ein ausführliches Gutachten erstattet, dessen zusammenfassender Schluß folgendermaßen lautete:

„Es handelt sich also bei dem G. um einen in der körperlichen Entwicklung zurückgebliebenen jungen Menschen, der eine wenig sorgfältige Erziehung genoß und schon in frühester Jugend ethische Defekte zeigte. Er verübte allerlei tolle Streiche, beging kleine Entwendungen an seinen Schulkameraden, seinen Eltern und in Läden und ließ sich nur durch strenge Strafen einigermaßen im Zaume halten. Sobald er der Aufsicht des Elternhauses und der Schule entwachsen war, geriet er vollkommen in die Verbrecherlaufbahn und wanderte von Gefängnis zu Gefängnis. Nur zweimal hat er noch für wenige Monate auf ehrliche Weise sich seinen Lebensunterhalt verdient. Die Art seiner Verbrechen war fast stets die gleiche. Es handelt sich um Ladendiebstähle, die er mit großer Umsicht und Raffiniertheit ausführte. Ganz besonders tritt die Raffiniertheit noch hervor bei dem einzigen anders gearteten Verbrechen, als er einem jungen Schüler 200 M. abschwindelte. Läßt aber schon die Art und Weise, wie er seine Verbrechen ausführte, erkennen, daß es sich nicht um einen schwachsinnigen Menschen handeln kann, so erfahren wir auch aus dem Zeugnis des Pfarrers, daß er ein aufgeweckter Junge gewesen sei, der leicht und gut gelernt habe. Dem entsprechen auch seine Kenntnisse und die ge

ich ist er gegen alles, das ihn selbst betrifft.
rauf zurück, daß er einmal unrecht bestraft
m sein Eigentum zur Deckung der Gerichts-
nd in Hand mit diesem gemütlichen Defekt
uspielen, die sich schon in der Art kundgibt,
dert, und in der Freude, die es ihm macht,
Schon aus seiner frühen Jugend wird berichtet,
d viel auf gute Kleidung gegeben habe. Das
die späteren Jahre und gibt an, daß er einen
n Geldes zu diesem Zweck verwendet habe.
zten Diebstahl führt er den zufälligen Verlust
da er sich schämen würde, in seinen Arbeits-
n. Neben dieser Eitelkeit findet sich bei ihm
zählungen allerlei kleine Züge einzuflechten,
n herauszustreichen oder interessant zu machen.
chen kommt es dabei nicht, er zeigt im Gegenteil
edächtnis. Trotzdem darf man hierin wohl die
zu Schwindeleien sehen, wie sie vielfach bei
gefunden wird, zumal er auch sonst über eine
wie die Geschichte mit seinem Onkel beweist.
Gesagte zusammen, so ergibt sich, daß es sich
m einen schwer degenerierten minderwertigen
nen weitgehenden Defekt auf ethischem Gebiete
en sich bei ihm, wie so häufig bei Degenerierten,
wie Neigung, sich aufzuspielen, Eitelkeit, rege
n kleinen Unwahrheiten, wozu sich auf körper-
as Fehlen des Schlund- und Hornhautreflexes
heinung bei Hysterischen, die zu den sogenannten
. Muß also auch zugegeben werden, daß es sich
minderwertigen Menschen handelt, so lassen sich
en Defekte doch nicht als eine krankhafte Störung
Sinne des § 51 des St.-G.-B. auffassen, da G. bei
guten Urteilskraft wohl imstande ist, seine Hand-
n.

hen traten nun zum ersten Male im Januar 1905
geistiger Störung auf. Er zerstörte seine Arbeit



und beschuldigte den Aufseher, es getan zu haben, worauf er eine dreitägige Arreststrafe erhielt. Von da an führte er sich wieder längere Zeit ganz gut, begann aber ganz unsinnige Ideen zu äußern, teils im Sinne von Verfolgungs-, teils von Größenideen, die er sowohl mündlich auf Befragen als auch in Briefen von sich gab. Er verfaßte Eingaben an die Staatsanwaltschaft, reichte Begnadigungsgesuche ein und schrieb Liebesbriefe an ein ihm nur von Ansehen bekanntes Mädchen. Sonst bot er in seinem Verhalten ein ganz normales Bild. Schlaf und Nahrungsaufnahme waren gut. Zeichen von Benommenheit oder Bewußtseinstrübung waren nicht vorhanden. Er zeigte bei der Prüfung seiner Intelligenz sehr gute Kenntnisse und gab prompte Antworten. Dieser Zustand hielt an bis April 1906, also drei Monate vor Ende seiner Strafzeit, wo G. zu erklären begann, daß er vollkommen gesund sei und alles nur simuliert habe. An dieser Behauptung hält er noch heute fest und gibt an, das Ganze nur unternommen zu haben, um in die Beobachtungsabteilung zu L. zu kommen, was er auch erreichte. Überblicken wir das geschilderte Verhalten des G., so fällt einmal das merkwürdige Auftreten und Verschwinden der „Geistesstörung" auf gerade zu der Zeit, wo es für G. am günstigsten war, dann das große Mißverhältnis zwischen seinem vollkommen normalen Benehmen, dem guten Verstand einerseits und den unsinnigen „Wahnideen" andererseits. Auch entsprechen die von ihm dargebotenen Erscheinungen keinem der typischen Krankheitsbilder. In Frage könnte kommen einmal eine leichte Form der Manie, einer heiteren Erregung, bei der auch von sonst besonnenen Kranken ähnliche Wahnideen halb scherzhaft, halb im Ernst geäußert werden könnten. Dagegen spricht aber das übrige Verhalten des Kranken, der keine Zeichen von gehobener Stimmung, von Heiterkeit oder Erregung bot, so daß diese Erkrankung mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann. In zweiter Linie könnte man an einen hysterischen Dämmerzustand denken, was aber bei der langen Dauer der Erkrankung an und für sich wenig wahrscheinlich ist. Allerdings paßte zu dieser Annahme der atypische Verlauf recht gut, da diese Krankheit ein sehr wechselndes Bild bieten und häufig den Verdacht der Simulation wachrufen kann. Dem gegenüber ist aber zu betonen, daß sich bei dem G. überhaupt niemals eine Andeutung von Bewußtseinstrübung nachweisen ließ, daß er im Gegenteil sehr gut orientiert war und prompt antwortete, auch nichts von dem in diesen Zuständen sehr häufigen Vorbeireden aufwies. Gegen eine Bewußtseinstrübung spricht auch die vorzügliche Erinnerung, die G. an alle Einzelheiten während der Zeit seiner Erkrankung besitzt, sowie das Aufhören der auffälligen Symptome zu einer bestimmten, ihm günstig erscheinenden Zeit, kurz das Planvolle im zeitlichen Auftreten der „Geistesstörung", so daß auch diese Annahme zu verwerfen ist. Weiterhin könnte man vermuten, daß es sich um einen Fall von chronischer Verrücktheit (Paranoia) handle, einer Erkrankung, bei der sich langsam ein geschlossenes System von Größen-

versucht habe, die Krankheitserscheinungen
ße sich sein Verhalten mit einer andern Er-
en, der sogenannten paranoischen Form der
anderer Seite auch als Paranoia bezeichnet
ahlreichen Sinnestäuschungen und zusammen-
gehende Krankheit, die im Verlaufe weniger
Verblödung zu führen pflegt, bei der besonders
fen ist. Wenn auch anfänglich Schwierigkeiten
Hinsicht eine bestimmte Entscheidung zu
iese Erkrankung mit Sicherheit ausgeschlossen
n jegliche Zeichen einer geistigen oder gemüt-
n ist es besonders das Verhalten des G. seinen
een gegenüber, das uns zu diesem Schlusse
großer Freude berichtet er über diese Dinge
einen gelungenen Scherz zu erzählen pflegt,
men über denselben, wie es bei einem Menschen,
d sie nur zu verheimlichen sucht, vollkommen
gt sich also, daß die Erscheinungen, die G.
r in Frage kommenden Krankheitsbilder passen
die Annahme, daß es sich tatsächlich, wie G.
m eine Simulation gehandelt habe, eine große
h sprechen dafür auch noch andere gewichtige
n den Verlauf der Erkrankung des G., so fällt
ner schon hervorgehoben, das Zweckmäßige in
Verdacht eines Planes erwecken muß. Ungefähr
bteilung für geisteskranke Verbrecher eröffnet
n plötzlich wieder gesund zu werden, als seine
. Dabei gehen die „Krankheitserscheinungen“
dessen hinaus, was gerade notwendig erscheint,
dem Bestehen einer Geistesstörung zu überzeugen.
ch seine hier abgegebene Erklärung passen. Er
wählen müssen und den Größenwahn simuliert,
en zu schwach sei und den Schwachsinnigen nicht
seine guten Schulzeugnisse im Gefängnis bekannt
uß zugegeben werden, daß G. bei seiner guten In-

telligenz und seiner Schlauheit wohl imstande war, diesen Plan durchzuführen, da es ihm auch nicht an der nötigen Phantasie mangelte, wie die früher erwähnte Geschichte mit seinem Onkel beweist. Auch sind die von ihm geäußerten „Wahnideen" nicht besonders reichhaltig und vor allem sehr plump, so daß sie zu der Annahme, daß sie bewußt erfunden seien, sehr gut passen. Daß es dem G. tatsächlich keine Schwierigkeiten macht, derartige Dinge zu erfinden, geht daraus hervor, daß er auf Aufforderung sofort ein Schriftstück entwarf, das den im Gefängnis geschriebenen glich, nur noch viel plumper war, wobei er aber sofort hinzufügte, hierbei merke man wohl sofort, daß es simuliert sei, weil er keine Zeit zur Überlegung gehabt habe. Nach allem diesem muß man es als feststehend betrachten, daß G. die geistige Erkrankung in dem Gefängnis zu H. und auf der Beobachtungsabteilung zu L. nur simuliert hat; es bestehen daher keine Anhaltspunkte für eine geistige Störung bei demselben. Ich gebe daher mein Gutachten dahin ab, daß G. sich bei der Straftat am 8. August 1906 nicht in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch den seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen wäre."

G. wurde am 1. Dezember 1906 vom Landgericht T. zu einer Zuchthausstrafe von 1 Jahr 6 Monaten — abzüglich der Untersuchungshaft von 3 Monaten 15 Tagen — verurteilt. Er wurde Anfang Dezember zur Verbüßung seiner Strafe ins Zuchthaus nach L. eingewiesen, wo er sich zurzeit noch befindet. Es ist nicht ausgeschlossen, daß er bei seiner degenerativen Veranlagung noch manche Überraschungen bereiten wird.

Nach Mitteilung des Vorstandes der Strafanstalt benimmt er sich geordnet, ergeht sich aber gelegentlich in geheimnisvollen Andeutungen, deren Sinn und Zweck noch nicht klar ist. Der Gefängnisarzt schreibt: „G. bietet in seinem Benehmen und Verhalten zurzeit keinerlei Erscheinungen geistiger Störung; auf meinen Hinweis betreffs seines korrekten Verhaltens in der psychiatrischen Klinik hat er zur Antwort gegeben, die 1¼ Jahre Zuchthaus schaden ihm weniger als eine unbestimmt lange Internierung in einer Irrenanstalt. Ebenso wird sein jetziges korrektes Verhalten zweifellos mitbestimmt durch seine in 6 Monaten zu Ende gehende Strafzeit."

Es folgt jetzt die Krankheitsgeschichte des zweiten Falles:

P. wurde am 29. September 1867 in einem kleinen schwäbischen Albort als uneheliches Kind geboren. Über seine Familienverhältnisse und seine Jugend sind wir nur ungenau unterrichtet, da wir allein auf seine eigenen Angaben, deren Glaubwürdigkeit gering ist, angewiesen sind. Nach diesen ist er erblich schwer belastet, da in seiner Familie eine Reihe von Geisteskrankheiten vorgekommen sein sollen. Großvater mütterlicherseits soll Trinker gewesen sein, die Großmutter soll an Schwermut gelitten und durch Selbstmord geendet haben; ein Bruder der Mutter

soll wegen religiöser Konflikte seine Braut und deren Angehörige ums Leben gebracht haben, ein anderer Verwandter der Mutter soll sich in einem Anfall von Geistesstörung erhängt haben, eine Schwester der Mutter soll geistesschwach gewesen sein, seine Mutter selbst eine sehr reizbare und empfindsame Frau gewesen sein, er sei schlecht mit ihr ausgekommen. Er selbst hat sich angeblich körperlich gut entwickelt, auch keine nennenswerte Krankheit durchgemacht mit Ausnahme einer Kopfverletzung, die er im zweiten Lebensjahr durch einen Schlag auf den Kopf erhielt, von der jetzt noch eine Narbe sichtbar ist, die aber keine Störungen hinterließ. Er besuchte zuerst drei Jahre die Volksschule und dann bis zum 14. Lebensjahre die Lateinschule. In beiden hat er nach seiner Aussage sehr gut gelernt und ist immer der Erste gewesen. Nach der Konfirmation wurde er deshalb gegen seine ausgesprochene Neigung, die ihn zu einem Handwerk, etwa der Schreinerei, hinzog, für das Verwaltungsfach bestimmt und kam zu einem Verwaltungsaktuar in die Lehre. In den folgenden Jahren 1884—1888 war er in verschiedenen Stellungen tätig; vom Militärdienst wurde er wegen Kurzsichtigkeit befreit. Im Winter 1888-89 bereitete er sich auf das niedere Verwaltungsexamen vor und bestand es auch, obwohl er angeblich nichts arbeitete, um durchzufallen und dadurch seinen Eltern gegenüber einen triftigen Grund zu haben, einen andern Beruf zu ergreifen. Er bekam allerdings nur noch die Note III b, und da für Leute mit schlechtem Examen das Verwaltungsfach überfüllt war, erhielt er in den nächsten Jahren keine ständige Stellung, sondern arbeitete vorübergehend in den verschiedensten Stellungen. Wie er angab, war man anfangs überall mit ihm zufrieden, erst allmählich habe sich das geändert, weil er Vorgesetzte bekommen habe, mit denen schwer auszukommen gewesen sei, und die harmlose Vorkommnisse ganz unnötig aufgebauscht hätten. Allmählich sei er in das Trinken hineingekommen und habe schließlich auch aus diesem Grunde seine Stelle verloren. Eine Angabe in einer aus späterer Zeit stammenden Krankengeschichte kommt wohl der Wahrheit näher. Es heißt darin: „Er war in vielen Stellen tätig; von allen wird berichtet, daß er nach anfänglich ordentlicher Führung in kurzem wegen Trunksucht und dadurch verursachter Dienstvernachlässigung aus seinem Dienst wieder entlassen werden mußte." Er selbst gibt an, er habe in dieser Zeit nicht nur in Gesellschaft getrunken, sondern sich auch vielfach dem stillen Trunke ergeben. Aktenmäßig ist dies festgestellt für das Jahr 1895 in einem Gutachten, in dem eine ganze Anzahl derartiger Zeugnisse angeführt werden, während sich für die früheren Jahre außer einer Bestrafung wegen Sachbeschädigung im Jahre 1891 nichts Bestimmtes angeben läßt. Er hatte damals in betrunkenem Zustande an einem Staatsgebäude zwei Fensterscheiben zertrümmert, um sich zu rächen, weil er nach seiner Ansicht von der betreffenden Behörde schlecht bezahlt und grundlos entlassen worden war. Die nächsten Strafakten des P. stammen aus dem

nennen will, werde ich in den nächsten Tagen eine große Summe Geldes bekommen und davon meine Gläubiger bezahlen". Schon im August desselben Jahres wurde er wieder wegen Zechprellereien mit 3 Wochen Gefängnis bestraft; kurz zuvor war er wegen Supraorbitalneuralgie 8 Tage in ärztlicher Behandlung. Wenige Monate später, im Oktober 1895, stand er wieder unter Anklage der gleichen Vergehen, wie er überhaupt seit Mai 1895 nur von Zechprellereien und Schuldenmachen gelebt hatte. Er scheint sich dabei immer in ähnlicher Weise verhalten zu haben; er trank sehr viel, gab dann irgendeinen Grund an, weshalb er augenblicklich nicht bezahlen könne, versprach andern Tags wiederzukommen, in Wirklichkeit verschwand er jedoch auf Nimmerwiedersehen. Soweit sich die damaligen Vorgänge feststellen lassen, erklärte er bei seiner Festnahme, er sei gestorben. In der Untersuchungshaft zerriß er einen Teppich und gab an, als er hierüber zur Rede gestellt wurde: „Es kommt bei Nacht einer zu mir herein, der sich zu mir ins Bett legt; ich kann ihn nicht fassen, sonst hätte ich ihn schon kaput gemacht; man soll mir einen Prügel geben, damit ich ihn schmeißen kann, er ist furchtbar flink." Weiterhin verfaßte er eine Eingabe an den König, in der er sich als längstverstorbenen bezeichnete und behauptete, nur geistig tot zu sein, während der Körper mit dem Geist nicht gleichen Schritt halte. Sein Tod stehe mit seinem Vetter in Amerika in Verbindung, der ihn zum Nachfolger in seinem Baumwollgeschäft gemacht habe, nachdem sich eine notwendige Metamorphose an ihm vollzogen habe. Der Vetter werde sich mit ihm in Verbindung setzen, und dazu bitte er S. M., ihn aus der Haft befreien zu wollen oder noch besser zur Beschleunigung seiner Metamorphose ihm eine Pistole oder ein stark wirkendes Gift mit einem Versuchstier zu reichen und dann seinen Kadaver zur Beschleunigung des Prozesses der Transmutation wegbringen zu lassen. Nach vollzogener Transmutation werde er eine Sozial- und Religionsreform vorschlagen und damit die brennendste Frage — die soziale — mit einem Schlage lösen und die ganze Welt der ewigen Glückseligkeit zuführen. Die gleichen Ideen äußerte er auch auf Befragen, gab auch an, allerlei Erscheinungen wie schwarze Männer mit glühenden Augen zu sehen, und wollte sich bei der ärztlichen Untersuchung nicht auf den Stuhl setzen, weil er durch diesen elektrisiert werde. Er erklärte selbst seine Erlebnisse für merkwürdig und nicht glaubhaft und schilderte, wie er sich erst durch Werfen von Gegenständen

von der Wirklichkeit derselben überzeugt habe. Den Beginn der Veränderung legte er ins Frühjahr 1895, wo er allmählich das Augenlicht (und das Gedächtnis) verloren habe; geistig sei er dann überhaupt ganz abgestorben.

Der beobachtende Arzt gab damals über den Geisteszustand des P. folgendes Gutachten ab: „Es muß zunächst ohne weiteres zugegeben werden, daß das psychische Bild, welches der Explorand zurzeit darbietet, durchaus konform ist mit dem typischen Bilde einer scharf charakterisierten geistigen Erkrankung, die wir als primäre Verrücktheit, als Paranoia bezeichnen, und die sich im wesentlichen darin äußert, daß das Vorstellungsvermögen eines Menschen bei scheinbar besonnenem Handeln und formal richtiger Denkfähigkeit durch fixierte und systematische Wahnideen dermaßen eingenommen und beherrscht wird, daß dadurch das Selbst- und Weltbewußtsein des betreffenden eine vollständige Verfälschung und Verrückung erleidet. So sehr nun dies alles bei dem Beschuldigten auch zuzutreffen scheint, so müssen wir uns im vorliegenden Falle doch erst noch die weitere Frage vorlegen, ob das Bild, welches P. zur Schau trägt, in der Tat auch ein echtes ist, und ob dessen unsinnige Behauptungen auch als wirkliche Wahnideen angesehen werden können. Hierbei ist nun in erster Linie daran zu erinnern, daß, während Simulanten, welche eine Geisteskrankheit vorzutäuschen suchen, sich erfahrungsgemäß auch in ihrem ganzen äußeren Verhalten und Auftreten möglichst auffällig und verrückt zu gerieren pflegen, P. in striktem Gegensatz hierzu während der ganzen Zeit seiner Beobachtung ein durchaus unauffälliges Benehmen an den Tag gelegt hat; P. ist in der Tat immer ruhig und geordnet gewesen, er hat niemals versucht, eine allgemeine Geistesverwirrung vorzutäuschen; seine Personalien, sowie seine Antezedenzien hat er vollkommen richtig und sachgemäß angegeben; wie er überhaupt auf alle an ihn gerichteten Fragen, die das Gebiet seines Wahnes nicht berührt haben, stets durchaus vernünftige und korrekte Antworten gegeben hat; er hat seine Wahnideen seiner Umgebung auch niemals aufgedrängt, er hat dieselben vielmehr meist nur auf Befragen oder in schriftlichen Aussagen, wie dies Geistesgestörte gerne zu tun pflegen, preisgegeben. Was nun ferner diese Wahnvorstellungen selbst anlangt, so treten dieselben bei P. auch durchaus nicht unvermittelt, quasi als isolierte Gebilde, entgegen, dieselben stehen vielmehr offenbar in ursächlichen Beziehungen zu allen möglichen Sinnestäuschungen und abnormen Sinnesempfindungen, wie dies bei der halluzinatorischen Form der Verrücktheit die Regel zu sein pflegt; daß P. an Halluzinationen und Illusionen auf verschiedenen sensoriellen Gebieten, hauptsächlich auf dem des Gesichts- und Gefühlssinnes leidet, dafür sprechen vor allem seine Erzählungen von den Erscheinungen des schwarzen Männchens mit den feurigen Augen, von seinen New Yorker Bildern, sowie sein eigentümliches Verhalten bei der Untersuchung, als er immer wieder vom Stuhle aufstand, in der

Meinung, es befinde sich in demselben irgendeine elektrische Stromleitung, aber auch seine Wahnvorstellungen bezüglich seines partiellen, geistigen Abgestorbenseins sind offenbar auf abnorme Gefühlssensationen im Kopfe zurückzuführen, die sich, wie er selbst angegeben hat, zuerst in Augenstörungen, Kopfschmerzen und Gedächtnisschwund kundgegeben haben.

Wir können nun aber weiterhin auch noch verfolgen, wie sich diese ursprünglich rein sensoriellen Wahnideen des P. allmählich zu einem allgemeinen Größenwahn entwickelt haben, der sich nunmehr in allen möglichen Weltverbesserungstheorien dokumentiert; aus der Vorstellung, daß er eigentlich bereits gestorben sei, und daß er nun als Geist mit anderen Geistern verkehre, hat sich bei P. offenbar die weitere Wahnvorstellung herausgebildet, daß er in seinem jetzigen Zustand den Zusammenhang der Dinge vollkommen klar sehe, und daß er deshalb auch imstande sei, unsere sozialen und religiösen Zustände von Grund aus zu reformieren.

Wir sehen also, mit einem Wort, wie sich bei P. ein vollständiges Wahnsystem ausgebildet hat, in welchem die einzelnen Wahnvorstellungen nur Glieder einer zusammenhängenden Kette sind; ein solches Bild vorzutäuschen, dürfte einem Simulanten doch nicht so ohne weiteres gelingen.

Ziehen wir zu alledem endlich auch noch die Tatsache in Betracht, daß P., was wir allerdings bis jetzt nur von ihm selbst wissen, ohne Zweifel aus einer psychisch belasteten Familie stammt, und daß er seit langer Zeit dem Trunke stark ergeben gewesen ist, so haben wir, wie ich glaube, Momente genug, welche für das wirkliche Vorhandensein einer geistigen Störung bei dem Beschuldigten sprechen und gegen die Annahme einer Simulation.

Ich fasse daher mein Gutachten zum Schluß dahin zusammen, daß ich erkläre: P. leidet nach meiner Überzeugung in der Tat an einer krankhaften Störung seiner Geistestätigkeit (primäre halluzinatorische Verrücktheit), durch welche seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist; nach Lage der Verhältnisse ist anzunehmen, daß der Beschuldigte auch schon zur Zeit der ihm zur Last gelegten Tat geistesgestört gewesen ist."

Auf Grund dieses Gutachtens wurde P. für unzurechnungsfähig erklärt und zuerst der Anstalt F. überwiesen. Dort ergab die körperliche Untersuchung nichts von der Norm Abweichendes. P. war ruhig, beschäftigte sich mit Lesen, klagte viel über Langeweile, äußerte aber im allgemeinen dieselben Wahnideen. Als neu fügte er hinzu, er habe sich einmal eine große Menge Schlafpulver in einer Apotheke verschafft und dieses dann im Walde zu sich genommen; er sei dort von einem Bauern bewußtlos aufgefunden worden. Ein andermal verlangte er ernsthaft Gift und vermachte mit allen Formalitäten seinen Leichnam der Anatomie Tübingen unter der Bedingung, daß in derselben

e der Geschenkgeber zum Teil schon erkannt habe
rde, zum Nutzen der Wissenschaft verwerten zu

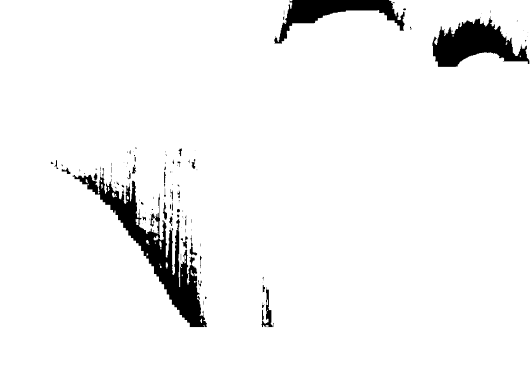
em Aufenthalte in F. wurde P. in die Anstalt
ßerte er anfangs die gleichen Ideen, wenn auch nicht
Im Gegensatz zu seinen übrigen Angaben hatte
rklärt, er hoffe bald wieder als genesen entlassen
e, man solle ihn unter anständige Menschen bringen,
eren Äußerung über Totsein nur gemeint, daß sein
geistigen Fähigkeiten stark abgenommen hätten.
jedoch wieder davon, daß sein körperlicher Tod
und schrieb über seine Erkrankung an seinen

ber Bruder!

Deinem Leben einer Philosophie zu folgen, welche
on durch Leute, welche man auf irgend welche Art
cht zu sehr gegen die Ehre ist, um des geringsten
 läßt, was beliebt wird. Dies führt zum positiven
en eigenen Kopf aufgesetzt und das Gegenteil er-
dpunkt ist ein ganzes Volk, die Juden gekommen.
e Politik in der ganzen Welt; sie sind mit ihrem
ren jeder Situation. Das Leben ist für uns mehr
nügen; aber es muß eben gelebt sein. Du darfst
auch hier bin, keinen Narren vorstellen, der Dumm-
Streiche macht oder einen Melancholiker, welcher
in Weltschmerz verschmelzen will. Mein Leiden
l ich viel und häufig Kopfschmerzen habe, für ein
am schnellsten durch Trepanieren beseitigt würde;
laß dasselbe meinem Leben ein nahes Ziel setzt,
velche die Ärzte durchaus nicht teilen wollen, sollte
ben."

ßt: „Wie mir dem ehrlichsten Menschen der Prozeß
n weiteres Kapitel, das ich bald beschreibe. Für

te er auch noch von einer Erscheinung, die er ab
einer Zelle habe. Es sei dies ein kleines Männchen,
er, etwa die Figur des seligen Windthorst; er sehe



meist nur dessen undeutlichen Schatten und dessen große feurige Augen, die hinter einer Brille hervorguckten; zum erstenmal sei ihm die Gestalt vor etwa 1/2 Jahr im Walde erschienen. Er habe damals geglaubt, er habe einen Rausch, als er aber später immer wieder die gleiche Erscheinung gehabt habe, so sei er zu der Überzeugung gekommen, daß dies kein Gebilde seiner Phantasie, sondern Wirklichkeit sei; er habe schon nach der Gestalt geschlagen, es sei dies aber geradeso gewesen, wie wenn er nur leere Luft vor sich gehabt hätte. P. klagte über heftige „Kopf- und Rückenschmerzen, die ihn zum Umfallen gebracht hätten, wenn er sich nicht zuvor hingesetzt hätte, und führte diese auf Tuberkulose der betreffenden Organe zurück; doch sei auch diese schon besser geworden". Dabei war er gleichmäßig guter Stimmung, führte sich anfangs zur Zufriedenheit, beschäftigte sich mit Schreibarbeiten, lief Schlittschuh usw. Bei einer ärztlichen Untersuchung im Februar 1896 nahm er die früher geäußerten Wahnvorstellungen zurück, erklärte alles für krankhaft und für Sinnestäuschungen, gab auch zu, daß sein übermäßiger Alkoholgenuß seine Krankheit verschuldet habe. Er faßte angeblich die besten Vorsätze und war auch bereit, sich mit der Entlassung aus der Anstalt einverstanden zu erklären, machte aber allerlei große Ansprüche für eine eventuelle Stelle und sprach davon, daß er lieber ins Ausland gehe als daß er in der Heimat eine untergeordnete Stellung einnehme. Man ließ ihm allmählich mehr Freiheit, was zur Folge hatte, daß P. sehr häufig den Urlaub überschritt und schwer betrunken zurückkehrte, auch mehrfach Streit mit andern Kranken anfing. In seinen Bedingungen für Annahme einer Stellung wurde er immer anspruchsvoller, so bewarb er sich u. a. um die Hausmeisterstelle der Anstalt. Seine Zeit vertrieb er sich mit Fischen und angeblichen Geschichtsstudien, ließ sich auch Bücher kommen, um ein Drama für die Anstaltsbühne zu schreiben, beschäftigte sich dagegen nur wenig im allgemeinen Interesse. Im Juli 1896 entließ man ihn als genesen aus der Behandlung und gab ihm eine Stelle im Bureau der Anstalt. Schon nach kurzer Zeit mußte er aber wegen fortgesetzter schwerer Verstöße gegen die Hausordnung fortgeschickt werden, und nun war sein Verhalten dem Direktor gegenüber „ein ebenso undankbares wie brutales und unverschämtes". Er verließ die Anstalt nicht ohne noch Drohungen dahin auszustoßen, daß er über seinen Aufenthalt hier alsbald eine Broschüre verfassen werde.

Schon während seines Anstaltsaufenthaltes hatte er den Antrag auf Wiederaufnahme des Verfahrens für diejenigen Straftaten gestellt, die er im Sommer 1895 begangen hatte. Aus diesem Anlaß wurde von dem Direktor der Anstalt ein Gutachten über den Geisteszustand des P. eingefordert; dasselbe schließt sich vollkommen dem des ersten begutachtenden Arztes an und kommt zu dem Schluß, daß bei P. schon im Frühjahr 1895 eine geistige Erkrankung bestanden habe, da sich die Sinnestäuschungen bis zu dieser Zeit zurückverfolgen ließen. Als auffallend erwähnt der Gut-

die Armenbehörde in das Krankenhaus einweisen. Hier
an, daß er schon seit dem Jahr 1894 krank sei, und daß
älle gehabt habe. Das erste Mal sei er nachts plötzlich
ch aufgewacht, das zweite Mal sei er — seiner Handlung
s auf- und davongelaufen, stundenlang umhergeirrt und
Erinnerung an das während dieser Zeit Vorgefallene,
sein gekommen; im dritten Falle sei er in L. in eine
eingedrungen und habe durchaus mitarbeiten wollen.
n seit November 1896 wieder krank zu sein und allerlei
; er sei immer erregter geworden und habe nicht mehr
la er unfähig gewesen sei, seine Aufmerksamkeit zu
sonders klagte er über schlechten Schlaf, eine Erschei-
d des ersten Anstaltsaufenthaltes tatsächlich nach-
ar. — Bei einem Spaziergang am 4. Mai drang er in
nung in einen Laden ein, führte dort unverständliche
chaus nicht zu bewegen, diesen wieder zu verlassen, so
Polizei ins Krankenhaus zurückgebracht werden mußte.
rde nun P. wegen „halluzinatorischer Geistesstörung"
bracht. Dort äußerte er wiederum dieselben Beschwer-
ch an Gehörstäuschungen, die besonders nachts auf-
nen Gedankengängen verfolgten, sowie an vereinzelten
tempfindungen. Gesichtstäuschungen wurden damals
der Schlaf war auch hier meist schlecht. Neigung zu
e er nicht, war aber sonst in seinem Verhalten ganz
ei der Aufnahme sprach er die Erwartung aus, bald
tlassen werden zu können. Im Frühjahr 1898 traten
urück und Wahnideen wurden nicht mehr geäußert.
h, sich mit etwas Stenographie zu beschäftigen. Im
rde sein Auftreten selbstbewußter und die Stimmung
es öfters zu Streitigkeiten mit andern Kranken kam,
nfangs ganz verträglich war. Im September 1898
Tage lang in der Umgebung in einer Wirtschaft, ver-
hte dazu noch eine größere Zechschuld. Erst als ihm
oht wurde, kehrte er in die Anstalt zurück. Er ent-
einer Krankheit und behauptete, an Sinnestäuschun-
. Öfters habe er an den Bahnhof gehen wollen, doch
mten Entschluß hierzu nicht fassen können; er habe
nge gehandelt. Dabei machte er allerlei Andeutungen,

...che Wünsche und verstand es meisterhaft, sich allerlei ...önliche Vergünstigungen zu verschaffen. Im übrigen beschäftigte er sich mit Stenographie, machte auch einmal eine kleine Arbeit für die Anstalt, hatte aber sonst nur das Bestreben, für seine persönliche Bequemlichkeit zu sorgen. Ging man ihn aber darum an, er möge für die Anstalt arbeiten, so wurde er sofort ablehnend und machte allerlei Ausflüchte. Anfang des Jahres 1899 klagte er wieder über verschiedene körperliche Beschwerden, wie Kälte- und Hitzegefühl, Abgeschlagenheit in allen Gliedern und schlechten Schlaf. Auffallend war, daß seine Anfälle von Unwohlsein meist zusammentrafen mit den Zeiten, auf die er Arbeiten für die Anstalt zugesagt hatte. Im März 1899 begann er, sich mit der Zusammenstellung eines kurzen Lehrbuchs der Stenographie zu beschäftigen, gab aber nach kurzem Versuch diese Arbeit wieder auf. An die Direktion der Anstalt M. schrieb er von K. aus folgenden Brief: „Mein einen Anstaltsaufenthalt bedingendes Leiden besteht in einer halluzinatorischen Erkrankung. Die subjektive Ursache der Sinnestäuschungen wurde mir gleich in den ersten Tagen der Krankheit klar. Es treten bisher in bezug auf diese Täuschungen Intervalle von Tagen, Wochen und Monaten ein. Seit 5—6 Wochen bin ich wieder ganz frei, wenn man die Zwangsgedanken, die mich hauptsächlich in schlaflosen Nächten beschäftigen, nicht in das genannte Gebiet verweisen will. Neben den Halluzinationen leide ich in hohem Grade an Neurasthenie.“ Bei einer Revision der Anstalt durch das Kgl. Medizinalkollegium beschwerte er sich über den Direktor, der ihm nicht genügend Freiheit gewähre. Sonst verhielt sich P. ganz gut, so daß er im April 1899 in Familienpflege gegeben und kurz darauf als gebessert entlassen werden konnte. Allerdings begann er sofort wieder zu trinken, sowie er nicht mehr unter der Anstaltsaufsicht stand.

P. arbeitete einige Zeit bei einem Notar, ging dann im Juli 1899 nach St., um sich dort eine Stelle zu suchen, fand aber angeblich keine und mußte sich wegen Zunahme seiner Nervosität, Unruhe und Halluzinationen wieder in ein Krankenhaus aufnehmen lassen. Von diesem aus wurde er — auf seine Bitte — wegen obiger Beschwerden in die Anstalt T. aufgenommen. Er gab damals an, Stimmen zu hören, die ihn warnten, in ein Spital zu gehen; auch sei ihm bei der Kaiserparade zugerufen worden, er werde ein Attentat auf den Kaiser ausüben. Zeitweise glaubte er, nach seiner Angabe, daß diese Stimmen von Bekannten herrührten, die ihm übel wollten; zeitweise war er auch überzeugt, daß es sich nur um

Halluzinationen handle. Seine Willenskraft war angeblich so herabgesetzt, daß er zeitweise Halbschlafzustände hatte, von denen aber objektiv nichts beobachtet werden konnte. Von krankhaften Erscheinungen wurden nur schlechter Schlaf und ein krampfhaftes Zucken der linken Körperhälfte festgestellt. Seine Schlaflosigkeit führte er darauf zurück, daß sich ihm unangenehme Erinnerungen aus seinem Leben aufdrängten, so daß er das Gefühl habe, als ob sein ganzes Leben schon vorher so bestimmt gewesen sei. Er verhielt sich vollkommen normal und beschäftigte sich mit photographischen Arbeiten. Sobald ihm freier Ausgang gewährt wurde, betrank er sich, „weil er in der Kneipe den Zwang hatte, sitzen zu bleiben oder auch in eine andere Kneipe zu gehen", so daß er oft in fünf bis sechs Wirtschaften herumkam. Da er bei einer solchen Gelegenheit großen Skandal verführte, wurde er Anfang März 1900 ungeheilt entlassen. Die Diagnose lautete damals auf: Paranoia chronica.

Von Ende März bis Anfang Juni 1900 war er wegen Nervenkrankheit im Krankenhaus F. in Behandlung. Drei Tage nach seiner Entlassung verübte er eine seiner gewohnten Zechprellereien. Er kehrte in einer Wirtschaft ein, ließ sich das Abendessen schmecken und übernachtete daselbst. Am andern Morgen suchte er sich in einem unbewachten Augenblick zu entfernen, wurde aber dabei festgenommen. Bei seiner Vernehmung erklärte er, „noch fortgesetzt unter dem Eindrucke seiner Erkrankung zu stehen; teils durch seine Schlaflosigkeit, teils sonst unter der Einwirkung sei er — wie, wisse er nicht — dazu gekommen, zuviel zu trinken und dann unfähig gewesen, die Zeche zu bezahlen. Am nächsten Tage habe er plötzlich ein Angstgefühl bekommen und habe schnell die Wirtschaft verlassen mit dem Vorsatz, bei Bekannten in Z. Geld zu entleihen." Auf ein Gutachten des dortigen Oberamtsarztes, der Zweifel an der freien Willensbestimmung des P. hegte, wurde er außer Verfolgung gesetzt. Ende Dezember 1900 ersuchte er persönlich um Aufnahme in die Anstalt K., wurde aber daselbst abgewiesen, da man Verdacht hatte, er wolle sich dadurch der strafrechtlichen Verfolgung mehrerer Delikte entziehen. Etwas Näheres über diese Delikte haben wir aus den Akten nicht entnehmen können. Am folgenden Tage wurde er auf seinen Antrag hin in der Anstalt F. aufgenommen, wo er über Schwindel, Schlaflosigkeit, schwere beängstigende Träume und Halluzinationen klagte, die ihm Vorwürfe machten, ihn verspotteten und beschimpften, allerdings dann auch wieder heitere Dinge zu ihm sagten. Außerdem gab er noch an, er werde hier durch elektrische Beeinflussungen geschädigt, während er in K., wo es nicht einmal elektrische Klingeln gebe, frei davon sei. Er schrieb damals folgenden Brief:

„An die Direktion der Straßenbahngesellschaft.

Durch die oberirdische Führung der Leitungen größerer elektrischer Energie werden zahlreiche sensible Personen in ihrer Gesundheit ernstlich gefährdet, so daß ich gestützt auf meine Erfahrungen Tit. Gesellschaft

hochempfindlichen physikalischen Instrumenten angezeigt wird. Bei Eintritt eines Gewitters dagegen empfindet der größere Teil der höher organisierten Lebewesen den lebhaften Austausch der Elektrizität zwischen Himmel und Erde, und Mensch und Tier leidet unter dem Einfluß der Strömungen. Den Menschen befällt Müdigkeit, Unbehagen, Angst, die Tiere und Vögel werden unruhig und suchen ihre Verstecke auf und die Haustiere suchen Schutz bei ihren Pflegern. Durch Führung der Leitungen größerer elektrischer Energie durch die Luft wird nun der Austausch der Elektrizität zwischen Himmel (Luftraum) und Erde als durch ein künstlich geschaffenes Bindeglied um das Vielfache des Austausches bei einem heftigen Gewitter erhöht. Die gesundheitlichen Nachteile, welcher dieser Zustand bringen muß, sind verschiedener Art und eine eingehende wissenschaftliche Untersuchung ist im Interesse zahlloser Existenzen notwendig. Die Anordnung einer solchen ist Sache der Regierung, an welche ich mich wenden werde. Meine eigenen Erfahrungen mit diesem mißlichen Umstand sind traurige. Den schädlichen Einfluß habe ich leider erst vor wenigen Tagen entdeckt. Dieser gesteigerte El. Austausch ist schon das drittemal der Grund von Nervenleiden. Durch seinen Einfluß wird mein Wille in falsche Bahnen geleitet. Was ich beschließe, kann ich nicht ausführen, während ich wieder gegen meine Einflüsse handeln muß.

Der Vorgang durch el. Einwirkung ist mir ganz klar, umsomehr als meine Erkrankungen nur in St. und U. erfolgten, wo bedeutendere Electriz.-Werke sind und oberirdische Leitungen die Beeinflussung vermitteln. Unter diesen Umständen bin ich mehr als krank geworden, meine Existenz muß aufhören. Ich bin dadurch mehr als vernichtet! Für den mir zugefügten Schaden verlange ich ab 1. Dez. 1900 bis zu meiner Herstellung eine Entschädigung von monatl. 120 M., in welche sich tit. Straßenb. G. und die K. Teleg. Verw. nach Verhältnis zu teilen haben. Ich melde meine Ansprüche zunächst an und bitte um gefl. Rückäußerung, um im Falle ihrer Ablehnung den Rechtsweg betreten zu können. Zum Schluß rate ich Ihnen nochmals, Ihre Leitungen unterirdisch zu führen, Sie werden andernfalls einer ganzen Menge Personen haftpflichtig, die, wenn sie der Sache auf den Grund kommen, sich entschädigen lassen. Sie dürfen sich übrigens auch nicht wundern, wenn Sie eines schönen Morgens Ihre gefährlichen oberirdischen Leitungen g e s t ö r t finden.

Hochachtungsvoll

F. den 27./29. Dez. 1900. P."

›e jedoch nicht, daß Alkoholgenuß — weder
— diese Zustände hervorrufen könnte; ein-
nache ihm überhaupt nichts aus, er bekomme
Katzenjammer, nur eine längere Fortsetzung
weiteres 20 Schoppen Bier oder 5 Schoppen
ırde er wieder nach K. übergeführt, wo er an-
ßerte, sich im übrigen aber ruhig und zufrieden
spielte Skat, rauchte Pfeife, machte auch hie
Abschrift für die Anstalt; weigerte sich aber
un, da er beim Bücken Schwindelgefühl habe
— ebenso wie keinen Samt — auch keine
(!). Seine Wahnideen brachte er damals nur
n, sich so an die Gehörstäuschungen gewöhnt
mehr beachte. Auffällig waren starke Stim-
edoch bald verschwanden. Er fand seit April
-n Stadtschultheißenamt, wodurch er sich einen
ıaffte. In der Krankengeschichte findet sich
ai 1901: „P. hat sein anfänglich bescheidenes
bgelegt, er geht ungeniert seine eigenen Wege,
zu spät zu erscheinen, kam auch einmal über-
' Im Juli desselben Jahres begann er wieder
nießen, soll auch in der Stadt wie bei seinem
ıelle Verhältnisse gehabt haben. Von einem
ehrte er nicht zurück und ersuchte am andern
Entlassung.
ib im folgenden Jahr fehlen nähere Angaben;
r das Krankenhaus in R. auf, um von dort aus
Irrenanstalt zu betreiben. Zu diesem Zwecke
gesuch folgenden Inhalts:

„Gesuch an S. Majestät!

Audienz ist, Euer K. Maj. unterth. zu bitten, in
Anstoß dahin zu geben, zu untersuchen, inwieweit
inden der Wille eines Menschen u. seine geistigen
im Wege der Fernwirkung durch ein zweites dem
vidium beeinflußt werden kann und bei geeignetem
uchungen im Wege der Gesetzgebung für Schutz
artigen Beeinflussungen gnädigst Sorge zu tragen.
Unterzeichner befindet sich zu Folge solcher Be-



einflussung in der traurigen Lage, in den letzten 6 Jahren wiederholt aus seiner Laufbahn und vom Verdienst des täglichen Brotes gerissen zu werden, so daß es ihm oft am nötigsten fehlt, den widerwärtigsten Beeinflussungen durch Täuschungen des Gehörs, Entziehung des Schlafes u. s. w. ausgesetzt zu sein und in den Krankenanstalten Hilfe suchen zu müssen. Sein ganzes Leben ist dadurch wertlos und in seinem Innern hat eine solche Bitternis Platz gegriffen, daß er, da er die Urheber seines Unglücks zu kennen glaubt, zu Selbsthilfe schreiten wird, wenn ihm in absehbarer Zeit nicht in obengedachter Weise auf legalem Wege Hilfe gebracht werden wird. Dafür, daß seine Vermutung der Übertragung des Willens durch Fernwirkung richtig ist, scheint ihm zu sprechen, daß z. B. in der Neuzeit ohne Draht telegrafiert werden kann etc.

Ehrfurchtsvollst

P."

Außerdem sandte er zur Beschleunigung seiner Aufnahme einem der Anstaltsärzte einen Privatbrief, aus dem zu ersehen ist, wie genau er die Aufnahmebedingungen der württembergischen Irrenanstalten kannte. In A. bot er wieder das gleiche Bild wie bisher. Er benahm sich vollkommen geordnet und anfangs auch bescheiden, änderte aber bald sein Wesen und wurde sehr anspruchsvoll, begann auch wieder sich zu betrinken und sein Zimmer zu verunreinigen, sobald er die Erlaubnis erhielt, allein auszugehen. Anfangs klagte er viel über Gehörstäuschungen und innere Unruhe, ließ jedoch sehr bald nichts mehr von diesen Störungen verlauten, ja es war ihm ersichtlich unangenehm, wenn man darauf zu sprechen kam. Auf die Ankündigung seiner Entlassung machte er abends in betrunkenem Zustande einen großen Skandal und benahm sich dabei grob und anmaßend. Am andern Morgen erklärte er, es tue ihm nachträglich leid, daß es so gegangen sei, er habe aus Wursthaftigkeit — ein Ausdruck, der durch Bismarck parlamentarisch geworden sei — getrunken, sei überhaupt in letzter Zeit vom Oberarzt „moralisch mißhandelt" worden, versicherte aber zugleich, daß er sich nie so wohl gefühlt habe wie augenblicklich. Auch in der Folgezeit betrank er sich häufig und kam fortwährend in Schwierigkeiten und Reibereien mit dem Personal, hatte aber stets Ausreden für sein Benehmen bereit. Mitte Februar wurde er geheilt entlassen und wollte in R. eine Stelle bei einem Buchhändler antreten. Während bei P. bisher stets eine chronische Paranoia angenommen wurde, lautete das Ergebnis der letzten Anstaltsbeobachtung: „P. ist ein Potator; sogenannte pathologische Rauschzustände wurden nicht beobachtet. Im übrigen ist P. ein schlauer und durchtriebener Mensch, der Verhältnisse und Personen gut zu seinem Vorteil auszunützen versteht. Sehr zweifelhaft ist

es, ob die in R. und in seinen vorher abgefaßten Schriftstücken geäußerten, an Paranoia erinnernden Vorstellungen und Sinnestäuschungen wirklich bestanden haben.

Von März bis Oktober 1903 arbeitete P. in einem photographischen Atelier, war dann wieder zwei Monate in U. im Krankenhaus. Von Dezember 1903 bis Juli 1904 stand er als Hilfsarbeiter in Diensten der Stadt St. Er ersparte sich in dieser Zeit die Summe von 310 M. in der Absicht, damit ein photographisches Geschäft zu gründen, ein Versuch, den er aber alsbald — seinen Angaben nach aus Mutlosigkeit und innerer Angst — wieder aufgab. In den nächsten Monaten war P. bei mehreren Amtsgerichten wegen Betrugs usw. in Haft; verübte dann auf der Reise zu seinen Geschwistern unterwegs in H. eine seiner bekannten Zechprellereien. Er übernachtete dort unter falschem Namen und verschwand dann am andern Morgen ohne Bezahlung. Als er bei der Gerichtsverhandlung nirgends aufzufinden war und die Sachverständigen ein Gutachten über seinen Geisteszustand ohne nochmalige Untersuchung ablehnten, wurde das Verfahren gegen ihn eingestellt. Mit seinem Bruder, bei dem er sich eine Zeitlang aufhielt, vertrug er sich bald nicht mehr, und er kehrte deshalb Anfang Oktober nach St. zurück. Dort trieb er sich etwa zwei Wochen lang ziel- und mittellos herum, bis er Anfang November vollständig betrunken — mit stark geschwollenem linken Auge — auf der Landstraße aufgefunden und ins Krankenhaus W. aufgenommen wurde. Er erzählte dort gleich, er sei schon mehrfach in Irrenanstalten gewesen, und wurde deshalb sofort in die benachbarte Anstalt G. gebracht. Bei der Aufnahme daselbst wurde ein starker Tremor der Hände festgestellt. Auch sonst machte P. den Eindruck eines heruntergekommenen gewohnheitsmäßigen Trinkers. Er selbst leugnete dies, erzählte dagegen von einem Zustand der Bewußtlosigkeit, aus dem er nachts plötzlich auf einer unbekannten Landstraße mit geschwollenem Auge erwacht sei; wie er auf die Straße gekommen sei, wisse er nicht anzugeben; am Abend vorher sei er ganz nüchtern gewesen. Anderweitig ist aber festgestellt worden, daß er an diesem Abend sehr stark betrunken war. Beeinflussungsideen stellte er in Abrede; erst als sein Auge abgeheilt war, erklärte er plötzlich, daß er wieder Kriebeln im Bein spüre, was auf elektrische Beeinflussungen zurückzuführen sei, überhaupt habe er seit Mai 1904 wieder sein altes Leiden. Seine früheren Anstaltszeiten schilderte er aktenmäßig und gab an, daß er an „Paranoia“ gelitten habe. Auf alle eingehenderen Fragen nach der Natur der jetzt wieder angegebenen Beeinflussungen verweigerte er die Antwort mit der Begründung, daß er nicht genug naturwissenschaftliche Kenntnisse besitze und sich nicht blamieren wolle. Gewährte man ihm freien Ausgang, so benutzte er diesen jedesmal zu Trinkexzessen, suchte auch bei einem solchen den Anwalt zweier anderer Kranker, über die augenblicklich Entmündigungsverhandlungen schwebten,

ohne irgendwelche Aufforderung auf. Er beschäftigte sich in der Anstalt damit, aus Büchern allerlei Aufsätze zusammenzuschreiben, die er dann in Zeitungen veröffentlichte. Mitte März wurde er auf seinen Wunsch entlassen, trat aber die Stelle, die er sich vorher verschafft hatte, nicht an, wurde dagegen in der nächsten Zeit stark betrunken in der Umgegend gesehen. Nach den in der Anstalt gemachten Beobachtungen konnten ihn die dortigen Ärzte nur als einen chronischen Trinker u[illegible]eichnen. Nach seiner Entlassung verübte P. wieder zahlreiche [illegible]llereien; das gerichtliche Verfahren gegen ihn wurde aber eingestellt un[illegible] dem Krankenhaus L. übergeben. Hier klagte er über hartnäckiges Ko[illegible]weh und Schlaflosigkeit; gleichzeitig produzierte er, wie es heißt, systematisierte Verfolgungswahnvorstellungen. Er unterlag nach seinen eigenen Angaben zahlreichen Beeinflussungen, die sich in einem lästigen Kribbeln vom Kreuz bis zur Zehe äußerten, sowie in Gedächtnis- und Willensfälschungen. Er behauptete von bestimmten Personen, die er kenne, verfolgt zu werden und drohte mit Selbsthilfe, indem er Verbrechen gegen Verbrechen setzen werde, wenn ihm nicht gesetzlich geholfen werde. Gleichzeitig verlangte er seine Überführung in eine Irrenanstalt, da er dort erfahrungsgemäß am meisten vor seinen Beeinflussungen, die durch Fernwirkung zustande kämen, geschützt sei. Er wurde daraufhin nach der Anstalt N. verbracht, wo er sofort sehr anspruchsvoll auftrat und sich auf seine Fähigkeiten berief. Der Krankengeschichte dieser Anstalt entnehmen wir folgendes: Über seine Verfolgungsideen spricht sich P. mit auffälliger Bereitwilligkeit aus. Er spürt seit längerer Zeit Störungen der Gesundheit, des Schlafs, des Appetits, Rücken- und Gliederschmerzen. Er äußert den bestimmten Verdacht — ungefragt —, daß das von bestimmten Personen gemacht sein könnte. Über das Wie? habe er sich schon oft besonnen, aber er könne sich selber noch keine Rechenschaft und Erklärung geben. Aber es könne dementsprechende Maschinen geben. Auch an spiritistische Beeinflussungen habe er schon gedacht. Ab und zu Klagen über Kopfschmerzen, Kribbeln und über seine „Beeinflussungen". Was nun die letzteren betrifft, so ist es auffällig, wie sehr P. es sich angelegen sein läßt, uns von diesen Beeinflussungen zu überzeugen; er fragte verschiedene Male, ob wir noch nicht an diese glauben; hat sich auch in auffälliger Weise darnach erkundigt, wie es mit der Simulation stehe, welche Krankheitsform am gewöhnlichsten und leichtesten zu simulieren sei; hat einfließen lassen, er wisse wohl, daß man einen Psychiater auf die Dauer nicht täuschen könne. Ist schon das alles verdächtig, so ist sein ganzes Benehmen von einer Art, daß Paranoia jetzt zurzeit völlig auszuschließen ist. Nichts von der Zurückhaltung und dem Mißtrauen des Paranoikers, nichts von dem unerschütterlichen, das ganze Handeln beeinflussenden und beherrschenden Wahnsystem. Dafür ein ausgiebiges System von Vorspiegelungen, Klagen und Lügen, deren Zweck anscheinend der ist, erstens die verkrachte Lauf-

bahn des P. zu entschuldigen und den Potus zu verdecken, und zweitens hinreichenden Grund zum Anstaltsaufenthalt abzugeben. Aus dem Lebenslauf des P. ist auch zu ersehen, daß allgemein der Hergang der war, daß P. sich in ein Krankenhaus aufnehmen und dann sich nach einiger Zeit von dort aus in eine Anstalt schicken ließ. Den Anstaltsaufenthalt benützte er als zeitweises Asyl, wenn er nicht mehr hinaussa[illegible] Demgemäß fügt er sich auch ohne jede Klage in die Freiheitsbeschränkung, läßt sich's überhaupt in der Anstalt so wohl sein, als es möglich ist. Ne[illegible] gerichtliche Vernehmung wegen Zechprellerei. Behauptet wie [illegible] nichts von der ganzen Sache zu wissen. Seitdem er deutlich mer[illegible] konnte, daß wir in seine Angaben betreffend Beeinflussungen Zweifel setzen, spricht er auffallend wenig davon und kommt nur zeitweise darauf zu sprechen, wahrscheinlich um weiteres Befragt-werden zu provozieren. Wir gehen weiter nicht mehr darauf ein, seitdem wir fast volle Gewißheit haben, daß diese Beeinflussungen Simulation sind. Sodann ist bemerkenswert, daß er sich immer noch als begehrlichen und genußsüchtigen Schmarotzer zeigt. Schon am Tische zeigt sich diese Begehrlichkeit deutlich, ebenso bei gemeinschaftlichen Ausflügen. So hat er sich z. B. an den wenig urteilsfähigen, sybaritisch lebenden Patienten B. gemacht, schmeichelt ihm, sucht sich ihm durch alle möglichen kleinen Dienste geschäftig und besorgt zu zeigen, wird von diesem Kranken dafür so mit Zigaretten versorgt, daß er den ganzen Tag zu rauchen hat; erhält auch häufig Wein von ihm. All diese materiellen Genüsse führt er sich mit großem Behagen zu Gemüt, sucht sich aber dabei nach Möglichkeit eine Zeit aus, wo die ärztliche Visite nicht um den Weg ist. Wir treffen P. meist beschäftigt, haben aber den Eindruck, daß seine Arbeit nur Komödie ist. Wir schließen dies daraus, daß lediglich kein Fortgang dieser Arbeiten zu sehen ist. Recht oft hält er auch einfach auf dem Sofa Siesta mit B.s Zigaretten. Er hat dann entweder keinen Kopf zum Arbeiten gehabt wegen schlechten Schlafs oder seiner Beeinflussungen wegen, oder er ist an irgendeiner unwesentlichen Detailfrage hängen geblieben, über die er von uns mit ostentativem Interesse Aufklärung wünscht. Vor vierzehn Tagen Ausflug mit einem Wärter; kam deutlich berauscht nach Hause. Hat verschiedene Male freien Ausgang gewünscht, worauf wir aber durchaus nicht eingehen. Hat ferner den Wunsch geäußert, photographieren zu dürfen, worauf wir ebenfalls nicht eingehen. Hat heute um freien Ausgang angefragt, um sich in F. um eine ausgeschriebene Stelle zu bewerben. Wurde dort abgewiesen, da an einen Erfolg gar nicht zu denken war, und hat sich bei der betreffenden Unterredung stellenweise impertinente Bemerkungen erlaubt, übrigens auch eine erhebliche Überschätzung seiner Leistungen an den Tag gelegt. Hat die Erlaubnis bekommen, mit einem Wärter in die Stadt zu gehen, um sich photographische Utensilien einzukaufen. Hat sich dabei wiederum frech benommen, namentlich gegen den Wärter, wollte absolut ins Wirtshaus, was der

Wärter jedoch nicht duldete. Äußert sich über den Wärter verleumderisch und bemängelt die Anstalt mit ihrem zurückgebliebenen System der Krankenbehandlung. Möchte durchaus freien Ausgang haben. Heute stellt sich heraus: P. hat mit zwei Wärtern seiner Abteilung anscheinend schon längere Zeit Verabredung getroffen. Der eine hat vor vier Wochen regelrecht gekündigt, der andere verlangte gestern in frecher, anmaßender Weise seinen Austritt. Beide werden mit noch andern Personen gestern und heute von P. in hiesigen Wirtschaften freigehalten. P. läßt Wein auffahren, „vom allerbesten, Herr Wirt, und wenn's Rüdesheimer wäre!", gibt einem andern Wärter, den er zufällig in der Stadt trifft, den Auftrag, er solle zu einem andern Patienten sagen, er solle nur machen, daß er aus diesem Loch herauskomme. Gestern vormittag hat P. an den Arzt einen von widerlicher Dankbarkeit und guten Vorsätzen triefenden Abschiedsbrief geschrieben. Außerdem wird heute bekannt, daß P. dieser Tage bei der Schwester des obengenannten Patienten in C. vorgesprochen, sich durch Briefe usw. ausgewiesen, eine Notlage simuliert und um Geld gebettelt hat.

Auf Grund dieser Beobachtungen kamen die Ärzte in N. zu der Überzeugung, daß es sich bei P. um *einen schwer degenerierten chronischen Alkoholisten handle, der Paranoia simuliere.*

P. selbst wurde am 30. September entlassen, und schon Ende Oktober befand er sich wieder wegen Zechprellerei in Haft. Er hatte sich unter falschem Namen zwei Tage lang in einer Wirtschaft zu M. einquartiert und dort das Bett überhaupt nicht verlassen. Am dritten Tage suchte er dann unbemerkt wegzugehen. Vor Gericht stellte er sein Verhalten dar „als die Folge von Willensbeeinflussungen, denen er sich durch Angabe eines falschen Namens habe entziehen wollen, und die er durch große Mengen Alkohols habe betäuben müssen". Er verfaßte auch wieder eine Beschwerdeschrift, in der er von der Staatsanwaltschaft ein Vorgehen gegen seine Beeinflussungen verlangte. Auf ein Gutachten des Vorstandes der Anstalt N., das sich in oben erwähntem Sinne äußerte und dem auch der zugezogene Gerichtsarzt sich anschloß, wurde P. zu 10 Tagen Gefängnis verurteilt. Er legte dagegen Berufung ein, die indes wegen Versäumung der Frist abgelehnt wurde. In diesem Schreiben heißt es: „Ich war nicht nur über die Tage vom 28.—30. Oktober, an welchen ich mich in der Wirtschaft „Zur Krone" in M. aufhielt, sondern auch einige Wochen vorher in einem Zustand, der meine freie Willensbestimmung ausschloß, in einem Zwangszustand, verursacht durch Beeinflussungen von dritter Seite, durch Fernwirkung fremden Willens. Ich bin daher zu Unrecht verurteilt worden." „*Das über mich abgegebene Gutachten ist wertlos, weil mich der betreffende Anstaltsvorstand nur in gesunder Zeit gesehen hat u. ich erkläre es für unmöglich, daß ich bei der Ver-*

ei in Konflikt zu kommen, und deshalb bitte
hme. In der Krankengeschichte heißt es:
über allerlei unangenehme Sensationen am
iligen Schwindel und Schlaflosigkeit, schien
Anstalt recht wohl zu fühlen. Er beschäftigte
hieren und leistete sehr Anerkennenswertes
benützte er meist dazu, sich zu betrinken,
ehrfach sein Zimmer. Da er jedoch hoch und
ch an die Vorschriften halten und nicht mehr
am weiterhin freier Ausgang gewährt. Wenige
hlich sein Versprechen; sowie er aber durch
eld in Händen hatte, kam er öfters betrunken
. Am andern Tage darüber zur Rede gestellt,
usreden; er sprach von nervösen Sensationen,
leichen, die an seinen Exzessen schuld seien,
, daß nie mehr etwas derartiges vorkommen
er wiederum schwer betrunken vom Ausgang
Zimmer und urinierte einem Zimmergenossen
er auf eine andere Abteilung versetzt werden;
regt und erklärte, sich dies unter keinen Um-
, verlangte auch seine sofortige Entlassung, die
Der Anstaltsdirektor gab kurz darauf über P.
ßerung ab: „P. mußte am 23. Juni auf sein
n, obwohl er keineswegs genesen war. Er neigte
zu gelegentlichen Alkoholexzessen und zu Er-
Bewußtseinstrübungen, die jeweils veranlaßt
Sensationen, die er als äußere Beeinflussungen
ich sind in einem solchen Zustand die schon
Betrügereien seitens des P. begangen worden."
sung am 23. Juni 1906 gründete P. ein photo-
der Stadt W. und wurde von dem dortigen Ver-
ler Anfertigung eines Fremdenführers und den
tragt. Anfangs arbeitete er gut und fleißig, ver-
gust und kehrte nicht mehr zurück. Am 21. Au-
f, übernachtete in einer Wirtschaft und gab dem
en u. a. an, er kenne den Herrn Stadtschultheiß

sehr gut und werde ihn nachher zu einem Frühschoppen abholen; er gehe jetzt direkt zu ihm aufs Rathaus. Als P. gegen Mittag nicht zurückkehrte, erkundigte sich der Wirt auf dem Stadtschultheißenamt nach ihm. Der Stadtvorstand gab an, daß er P. aus einem gemeinsamen Kurs von früher her kenne, derselbe habe ihm gesagt, er habe den Verwaltungsdienst aufgegeben, sei Photograph geworden und befinde sich jetzt auf der Reise. P. habe ihn nicht zu einem Frühschoppen aufgefordert, vielmehr habe er ihn um eine Reiseunterstützung gebeten und auch 3 M. erhalten. Bei dieser Gelegenheit wurde auch festgestellt, daß P. tags zuvor vom Schultheißen in A. — ebenfalls auf seine Bitte — ein Geldgeschenk erhalten hatte. Daraufhin wurde an die Anstaltsdirektion in K. die Anfrage gerichtet, ob P. für sein Verhalten verantwortlich gemacht werden könne, worauf die oben erwähnte Antwort erteilt wurde.

Kurz darauf zeigte der Besitzer eines Hotels in H. bei dem Polizeiamt an: „Seit 8 Tagen logiert bei mir ein Gast, der sich in das Fremdenbuch als Reallehrer Schwarz aus Ravensburg eingetragen hat. Derselbe liegt fast immer zu Bett und läßt sich Essen und Trinken aufs Zimmer bringen; er ist bis jetzt noch nie ausgegangen und hat auch bis jetzt noch nichts bezahlt. Deshalb habe ich ihm heute früh die Rechnung im Betrag von 45 Mark 25 Pfennig vorgelegt, worauf der Herr erklärt hat, er bezahle seine Schuldigkeit heute nachmittag. Dies macht mich stutzig, ich vermute, daß der betr. Herr kein Geld hat und bitte um polizeiliche Vernehmung desselben." Der angebliche Reallehrer wurde auf dies hin zur Polizei gebracht, wo er sofort seinen richtigen Namen und seine Personalien angab, aber die unwahre Behauptung aufstellte, er sei noch unbestraft. Auf der Polizeiwache verlangte dann P. auszutreten, warf im Pissoir 2 Briefe in die Wasserrinne und versuchte, sie mit dem Fuß in das Abflußrohr zu schieben. Der Inhalt dieser Briefe lautete:

„H. 15. IX. 06.

Herren
Gebr. F. Hotel Russischer Hof
U. a. D.

Bitte mir meine Effekten nach H., Hotel .... nachsenden zu wollen.

Hochachtungsvoll
Reallehrer Schwarz
aus Ravensburg.

„H. 15. IX. 06.

Hochgeehrter Herr Rektor!

Durch Unwohlsein, das einen ernstlichen Charakter anzunehmen drohte, war ich hier seit letzten Samstag ans Bett gefesselt, so daß ich von dem mir zugestandenen Urlaub bis 1. Okt. vollen Gebrauch machen möchte. Mein Stellvertreter wird diese Zeit noch gern bleiben.

Ich bitte Sie, hochgeehrter Herr Rektor, meinem Vorhaben Ihre gütige Zustimmung erteilen zu wollen.

Mit vorzügl. Hochachtung

Ihr sehr erg.

K. Gymnasialrektorat Reallehrer Schwarz."
Ravensburg".

P. gab weiterhin auf der Polizei folgendes an: Ich habe mich im April d. J. in W. als Photograph niedergelassen, seit 1 Monat bin ich geschäftlich auf Reisen und habe mich während dieser Zeit in Stuttgart, Straßburg, Frankfurt, Heidelberg, Mannheim, Ludwigshafen etc. aufgehalten. Am 8. ds. Mts. kam ich hierher ins Hotel und logiere seitdem dort. Bei meiner Ankunft hatte ich kein Geld mehr, dem Hotelier hatte ich dies allerdings nicht mi geteilt. Den falschen Namen habe ich deshalb angegeben, um mir unerkannt das Geld zur Bezahlung meiner Zeche verschaffen zu können. Meine Zeche hätte ich auch heute noch ohne Aufforderung seitens des Wirtes bezahlt; ich beabsichtigte, heute nachmittag auf einige Stunden das Hotel zu verlassen und zu einem in der Nähe wohnenden Bekannten, den ich vorerst nicht nenne, zu gehen, um dort das Geld zur Bezahlung der Zeche zu holen. Nach einiger Zeit nannte er als diesen Bekannten den Direktor der Anstalt G. und sprach die Überzeugung aus, er würde von diesem das Geld erhalten haben. Letzterer erklärte jedoch auf telephonische Anfrage, daß es ihm vollkommen fern liege, den P. mit Geld zu unterstützen. Auf die Frage nach dem Zweck der beiden oben erwähnten Briefe gab er an: „Ich kenne weder den Rektor des Gymnasiums in R. noch den Besitzer des betr. Hotels in U. Die Briefe sind fingiert. Ich habe dieselben nur geschrieben, um unter dem Vorwand, ich wolle zur Post gehen, ungehindert das Haus verlassen zu können. Ev. hätte ich auch den einen oder andern Brief dem Gastwirt vorgezeigt, um ihn davon zu überzeugen, daß ich wirklich der Reallehrer Sch. aus R. bin. Die Absicht, für immer aus dem Hotel zu verschwinden und den Gastwirt zu betrügen, habe ich dabei nicht gehabt; ich hätte die Briefe vernichtet und dann Geld zur Bezahlung meiner Zeche verschafft und wäre dann wieder zurückgekehrt, um noch bis Mittag dort zu bleiben." Am gleichen Tag wurde P. auf dem Amtsgericht vernommen und sagte dort aus: Ich weiß selbst nicht, warum ich einen falschen Namen angegeben habe. Die schuldigen 45,25 M. hätte ich bei dem Oberwärter der Anstalt G. entlehnt, der mir schon öfters ausgeholfen und sein Geld jedesmal wieder bekommen hat. Es wurde nun festgestellt, daß P. allerdings schon einmal, und zwar kurz nach seiner Entlassung aus G., von dem Oberwärter 14 M. entliehen hatte; doch erklärte der Oberwärter auf eine Anfrage, daß er dem P. ein weiteres Darlehen nie mehr gegeben hätte, da ihm die Rückzahlung zu unsicher gewesen wäre.

das Fenster herein belästigt werde, abstellen zu wollen. Ich durchschaue den Zweck; man will mich damit verrückt machen, daß andere meine Ideen ausnützen können. Da ich nun, wie Sie sehen, die Sache durchschaue, bitte ich um Abstellung der aufregenden Belästigungen."

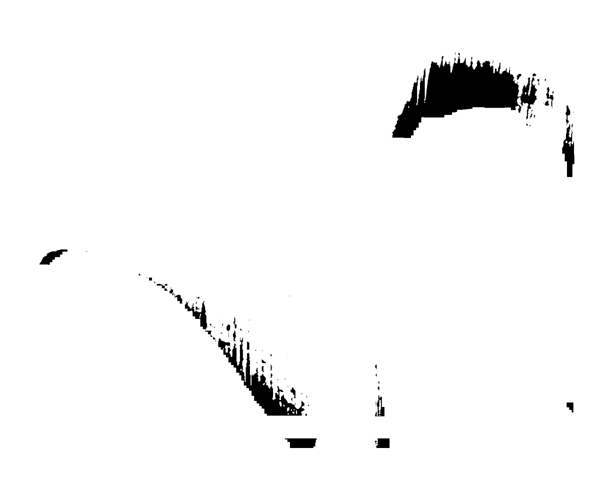
Bei der Vernehmung seitens des Landgerichts am 8. Oktober 1906 äußerte sich P. folgendermaßen: „An den Vorgang in B. kann ich mich nicht mehr erinnern; es kann sein, daß ich dort übernachtete und die Zeche schuldig geblieben bin, ich weiß dies im einzelnen nicht mehr. Was ich in der Zeit vom 22. August bis 8. September getrieben habe, kann ich auch nicht mehr sagen. Ich bin am 11. August in W. abgereist und machte in verschiedenen Großstädten den Versuch, von Bekannten und Verwandten mir Geldmittel zu verschaffen zwecks Einrichtung eines photographischen Geschäfts, jedoch ohne Erfolg. Daß ich in H. mich einlogiert habe, und 45 M. 25 Pf. schuldig geblieben bin, will ich nicht bestreiten. Ich war krank, mittellos und darauf angewiesen, mir von guten Bekannten in der hiesigen Umgebung, deren Namen ich aber hier nicht nenne, das nötige Geld zur Bezahlung meiner Zechschulden zu entlehnen. Ich rechnete damals bestimmt darauf, daß ich das Geld rechtzeitig bekomme. Die Briefe habe ich geschrieben, ohne damit einen unlauteren Zweck zu verfolgen, sie enthalten reine Phantasie und wären von mir unter allen Umständen vernichtet worden, ohne daß ich einen Gebrauch davon gemacht hätte. Wenn man mir das nicht glaubt, so soll man eben Anklage gegen mich erheben und mich einmal verurteilen; ich halte mich nicht für geisteskrank, ich will kein Narr sein. Wenn es sein muß, so soll man mich eben in die Irrenanstalt nach Tübingen einweisen, aber ich bitte nicht nach G. oder K."

Der betr. Wirt gab bei der Zeugenvernehmung an: „P. ist während der ganzen Zeit vom 8. bis 15. September zu Bett gelegen. Er hat guten Appetit entwickelt und sich alle Speisen auf dem Zimmer servieren lassen. Der Alkoholgenuß des P. ist in dieser Zeit in mäßigen Grenzen geblieben. Ich habe den P. öfters auf seinem Zimmer besucht und mit ihm gesprochen. Dabei hat er als Grund seiner angeblichen Erkrankung angeführt, daß er bei einer Fußtour sich stark erhitzt, einen kalten Wein getrunken und sich dadurch erkältet habe, außerdem sei er schon längere Zeit herzleidend. Da der Mann so kräftig aß, Wein trank und Zigarren rauchte, muß ich

len Geisteszustand des P. aufgefordert.
stalt G., aus der P. am 18. März dieses Jahres
e sich folgendermaßen: P. ist in hiesige
n und war bei seiner Entlassung nicht geistes-
er wegen chronischen Alkoholismus mit ner-
Angaben über Symptome von Geistesstörung
würdig. P. ist ein degenerierter Mensch, der,
kann, fast andauernd von Schwindeleien lebt.
· sich in der Regel dadurch, daß seine Zurech-
stgestellt gilt. Sicher ist, daß er zeitweise schon
örung gehabt hat. Ich habe übrigens vorläufig
e meisten seiner Angaben über psychotische
Ob P. zur Zeit des Zechbetrugs in H. zurech-
das kann ich auf Grund des vorhandenen Mate-
:h halte es aber nicht für wahrscheinlich, daß
vorlag. Nicht verschweigen will ich, daß (viel-
anderer Meinung sein könnten. Ich selbst und
rzte kennen den P. schon seit langer Zeit. Er
hen Irrenanstalten. Bei dieser Sachlage werden
ngsfähigkeit des P., der sich gewöhnlich selbst
chuldigt, immerhin vorliegen. Ob sie berechtigt
r eine genaue Untersuchung und Beobachtung
en".

ı dem Gutachter der Antrag gestellt, den P. zur
steszustandes in eine Irrenanstalt einzuweisen.
Anstalt K, in der P. schon dreimal Aufnahme.
der er am 23. Juni d. J. entlassen worden war,
Auf erblich degenerativer Grundlage hat P. wie-
iger akute alkoholische Geistesstörungen darge-
ils wieder beruhigt, bietet er als Dauersymptom
Störungen, wie Schlaflosigkeit, Parästhesien,
khafte Eigenbeziehungen und Wahnvorstellungen
itiger Ansicht trotz der erhaltenen Seiten seines
n Willensbestimmung unfähig machen."

beiden Gutachten wurde P. am 26. Oktober 1906
s Geisteszustandes in die psychiatrische Klinik
wo er bis 7. Dezember beobachtet wurde. Das



hend absichtlich. Leichter Tremor der Hände, geringe Schmerzhaftigkeit der großen Nervenstämme.

P. war klar, besonnen und orientiert, faßte gut auf und gab bereitwillig und gewandt Antwort. Mit seiner Umgebung unterhielt er sich gut, war heiterer Stimmung, erzählte allerlei Witze, spielte gerne Karten und las viel. Nur zeitweise und besonders gegen Ende der Beobachtung war er manchmal verstimmt, klagte über Müdigkeit, wollte sich mit nichts beschäftigen und schalt über Ärzte und Personal, hatte auch an der Kost immer allerlei auszusetzen; dabei entwickelte er aber einen vortrefflichen Appetit. Schlaf war mit wenig Unterbrechungen gut.

Über den Zweck seines Hierseins war er unterrichtet, behauptete aber, keinerlei Veranlassung dazu gegeben zu haben, und sprach die Vermutung aus, daß man nur deswegen Zweifel an seiner geistigen Gesundheit gehegt habe, weil er in H. 8 Tage dauernd zu Bett geblieben sei, der Amtsrichter habe nämlich einmal die Bemerkung gemacht, „so was könne nur ein Verrückter tun". Er protestierte lebhaft gegen den Aufenthalt in den Irrenanstalten, bat, seine Beobachtungszeit abzukürzen, und machte verschiedene Eingaben um Aufhebung der Untersuchungshaft, weil er augenblicklich günstige Gelegenheit zur Arbeit habe:

„30. X. 06. An Herrn Rechtsanwalt D. H.

Der die Voruntersuchung gegen mich führende Landrichter hat mich in einigen Punkten, die ich mit ihm besprechen wollte, an Sie als meinen Verteidiger gewiesen. Ich ersuche Sie nun, beim K. Landgericht Entbindung vom Erscheinen bei der Hauptverhandlung zu erwirken. Gründe: 1) Als Straftaten können im schlimmsten Fall das Schuldigbleiben meiner Zeche in H. und B. zur Anklage kommen; die Briefe sind reines Phantasieprodukt und waren lediglich zu nichts bestimmt. 2) Ich war 41 Tage in Untersuchungshaft und habe vielleicht volle 6 Wochen in der Klinik zur Beobachtung zu verbleiben, so daß ein bedeutender Überschuß selbst über eine strenge Strafe sich ergeben würde. 3) Ich muß die Zeit nützen und kann nicht in Untersuchungshaft liegen in einer Zeit, wo ich am leichtesten Stellung bekomme. Ich hätte gegen meine Verbringung in die Klinik Einsprache erhoben, da ich nicht geisteskrank, sondern nur beeinflußt bin. Trotzdem ich schon vielfach (beim Medizinalkollegium, beim Staatsministerium, bei S. M. dem König) wegen der jahrelangen Mißhandlungen Beschwerde führte, um Untersuchung bat und kein Gehör fand, glaube ich in der Klinik eine Stelle sehen zu dürfen, die unabhängig genug ist und deren Vertreter mutig genug ist, rücksichtslos die Urheber festzustellen und endlich für meine Ruhe zu sorgen. Für eins wäre ich besonders dankbar: Ich bitte Sie bei dem Hoftheaterinten-

danten anzufragen, was oder wer ihn bewogen habe, mit einem Teil seines Personals (dem Grimassenschneidenden) wiederholt auf mich einzudringen. Vielleicht gestatten Sie mir auch in einer anderen Angelegenheit eine Anfrage. Ich habe nach langem Suchen einen Weg gefunden, plastisch wirkende Photographien herzustellen. Da mindestens die Porträtphotographie künftig diesen Weg gehen muß, ist die Idee von bedeutendem Wert; ein Sachverständiger hat sie für Deutschland, Österreich und die Schweiz nach erfolgtem Schutze auf 500000 M. geschätzt. Um nun den Schutz einzuleiten, muß ich jemand haben, der mir die Verträge macht und die Mittel vorschießt, dann muß ich Modelle machen lassen. In beiden Fällen muß ich meine Idee zunächst preisgeben. Ich frage nun bei Ihnen an, auf welche Weise ich mich vor Mißbrauch schützen kann. Wären Sie evtl. bereit, die erforderlichen Arbeiten zu besorgen.

Hochachtv. F. P."

„T. 17. Nov. 1906.

Bitte des F. P. um Aufhebung der gegen ihn verhängten Untersuchungshaft, Entbindung vom persönlichen Erscheinen in einer evtl. Hauptverhandlung und Aufstellung eines anderen Sachverständigen. — Königl. Landgericht! In der gegen mich wegen Betrugs u. a. anhängigen Untersuchung bitte ich dringend um Aufhebung der Untersuchungshaft auf den Tag meiner Entlassung aus der hies. Klinik. Begründung: Genannte Beobachtung soll nach einer Äußerung des H. Pr. 6 Wochen dauern. Damit erreicht die Unters.-Haft volle 12 Wochen u. steht zu meinem großen Schaden in einem bedeutenden Mißverhältnis zu den mir zur Last gelegten Delikten. Jeder Tag bringt mir einen Verlust von mindestens 40—50 M. Bevor ich meine Unternehmungen durch Patentschutz etc. in die Wege leiten kann, bin ich gezwungen, auf meinem Beruf weiter zu arbeiten. Die Wochen vor Weihnachten sind die günstigsten in der Photographie und da am leichtesten Stellung zu erhalten. Nachher habe ich keine Aussicht mehr, sowenig wie unmittelbar vor Weihnachten, zu welcher Zeit ich ungefähr nach dem seitherigen Gang der Sache wieder Herr meiner selbst sein werde. Die Bitte um Entbindung vom Erscheinen der Hauptverhandlung begründe ich damit, daß ich meinen in der Voruntersuchung gemachten Angaben nichts mehr hinzuzufügen habe und daß sich auch keine die Sachlage ändernden Momente ergeben haben oder werden ergeben können. Ich verpflichte mich hierdurch, das hohe Ger. von meinem Aufenthalt immer auf dem Laufenden zu erhalten. Für den Fall, daß zu der evtl. Hauptverhandlung noch ein Sachv. bestellt wird, bitte ich von Herrn D. und den ihm unterstellten Anstaltsärzten in G. Abstand zu nehmen, da ich in jener Anstalt sehr oberflächlich behandelt worden bin, insofern dort für die auf mein Seelenleben hauptsächlich drückenden Beeinflussungen kein Verständnis gezeigt wurde. Als Sachverständigen bitte ich den mir gegenüber wenigstens unbefangenen Ober-

amtsarzt, Herrn Dr. G. in H., der, als Baurat bei mir eingeführt, mich wenigstens zu einer Zeit sah, als die Beeinflussungen sich noch stark geltend machten. Nachdem die Periode abgelaufen ist, so hat hier eine Beobachtung nach meiner selbstverständlich unmaßgebenden Ansicht ungefähr denselben Wert, wie die Beobachtung einer absolut gesunden Person auf Fieber, das sie vielleicht vor 4 Wochen gehabt hat. Aus Gründen der Staatsraison wird dem gegen mich begangenen Verbrechen nicht gewehrt, das ist mir nun nach der Haltung auch der hiesigen Ärzte zur Gewißheit geworden. Ähnlich Verfolgte, wie ich, können sich gratulieren, an mir einen Anwalt zu finden. Ich werde meine Lebensaufgabe darin sehen und die großen Mittel, über die ich im Laufe des nächsten Jahres verfügen werde, dazu benützen, das Verbrechen der Beeinflussungen durch Dritte zu sühnen. Bekanntlich öffnet sich dem Geld jedes Tor.

Hochachtungsv. F. P."

„T. 30. November 06.

K. Landg. H.

Gegen den in der Untersuchungssache gegen mich wegen Betrugs erlassenen Haftbefehl erhebe ich hiemit Widerspruch und begründe ihn wie folgt: 1) der H. Befehl ist erlassen worden wegen Fluchtverdacht, der sich auf die irrige Annahme stützte, ich habe keinen Wohnsitz im Sinne der Str.P.O. Tatsächlich hatte ich meinen Wohnsitz und meinen Gewerbebetrieb in W. und habe diese bis heute noch nicht aufgegeben und habe mich dort noch nicht von der Gewerbesteuer abgemeldet. An der Aufgabe hinderte mich schon eine große Reihe halbfertiger Arbeiten und unerledigter Aufträge. Ich war zu zeitweiser Verlassung meines Wohnsitzes nur durch die Beeinflussungen und gesch. Angelegenheiten veranlaßt. Das Gemeindegericht W., dessen Vorstand mich und meine Verhältnisse genau kennt, hat in einer Angelegenheit des Mahnverfahrens W. als meinen Wohnsitz betrachtet, trotzdem es dort bekannt war, daß ich schon einige Wochen in Untersuchungshaft genommen war. Ein Fluchtverdacht ist auch deswegen unbegr. als mir die Gelegenheit, mit einem höheren Ger. zu tun zu bekommen, nur angenehm sein kann, da ich sonst geringe Gelegenheit finde, die auf mich seit Jahren verübten Beeinflussungen von Dritten zur Sprache zu bringen, was schon schriftlich geschehen ist, und womit sich zu befassen ich auch die K. Ps. K. ersuchte. 2) Die jetzt erlittene Unters.H. steht in keinem Verhältnis mehr zu der Höhe einer evtl. zu gewärtigenden Freiheitsstrafe. 3) Ich verpflichte mich jeden Wohnungswechsel sof. dem K. L. G. anzuzeigen. 4) vor Weihnachten habe ich eine gute Aussicht auf gesch. Chancen, nach Weihn. die schlechtesten; ich werde also mehr als nottut auch materiell geschädigt. Ich bitte die Untersuchungshaft auf 6. 12. 06, an welchem Tage die 6wöchige Frist zu Beobachtung meines Geisteszustandes ablauft, aufheben zu wollen. Aus Gründen der Staatsraison sollten in unserem Zeitalter solch schwere Ver-

brechen, wie eines an mir durch Beeinflussungen ausgeübt wird, nicht mehr ungeahndet bleiben. Tausende mögen in unserem Deutschen Reiche darunter leiden. Hochachtv. F. P."

Jeder Tag, sagte er, sei jetzt für ihn 500 M. wert, da er ein Zinsinteresse von 500000 M. habe, einem Kapital, das er sich durch eine neue Erfindung von plastischen Photographien auf optischem Wege erwerben werde. Jede nähere Auskunft über diesen Gegenstand verweigerte er, nannte auch nie den Sachverständigen, der angeblich die Erfindung geprüft und als sehr wertvoll befunden haben sollte. Als Grund hierfür gab er an, daß er befürchten müsse, betrogen zu werden, solange seine Erfindung patentamtlich noch nicht geschützt sei. Er habe berechtigtes Mißtrauen gegen alle Menschen, denn es gebe fast keinen ehrlichen. Drang man nun mehr auf ihn ein und bat um genaueren Aufschluß, so wurde er sofort gereizt und gebrauchte allerlei nichtssagende Redensarten. Weiterhin behauptete er, wie bei jedem bisherigen Anstaltsaufenthalt, das Vorhandensein von Wahnideen und Beeinflussungen und schrieb in diesem Sinne eine ganze Reihe von Briefen:

„Bitte des P. z. Z. in der Ps. K. um Veranlassung einer eingehenden Untersuchung, betr. die auf ihn seit Jahren von Dritten ausgeübten Beeinflussungen. 7. 11. 06.

Hohes königl. Staatsministerium!

Mit Bezugnahme auf meine früheren Eingaben wiederhole ich dringend meine Bitte um hochgeneigte Veranlassung einer eingehenden Untersuchung, betreff. die auf mich seit Jahren von Dritten ausgeübten Beeinflussungen durch die hiesige Ps. K. u. durch das hiesige Physiologische Institut. Ich kann nicht umhin, meiner Verwunderung Ausdruck zu geben, daß auf meine früheren Eingaben an S. M. den König, an das Königl. Staatsministerium u. an das Königl. Medizinalkollegium keinerlei Verfügung getroffen worden ist und vermute, daß die Schriftstücke gar nicht an ihre Adresse gelangt, sondern unterschlagen worden sind. Nachdem ich mich zur Beobachtung meines Geisteszustandes schon in der Ps. K. hier befinde, ist die Gewährung meiner gehorsamsten Bitte außerordentlich vereinfacht, und ich gebe mich der angenehmen Hoffnung hin, daß meinem Gesuch endlich stattgegeben wird. Ehrerbietig F. P."

„T. 28. Nov. 1906.

An Herrn Prof. Gaupp.

Ew. Hochwohlgeboren!

Der Eindruck, die Grundlagen, die Sie zur Gewinnung eines Urteils über meine Persönlichkeit in Händen haben, seien teils einseitig, teils unrichtig, hat sich durch Ihren Vortrag gestern Abend im allgemeinen u. in einigen besonderen für mich als sittlichen Menschen in Betracht

kommenden Punkten bei mir wesentlich verstärkt. Die Einzelheiten sind mir heute nicht mehr alle präsent und ich muß Sie deshalb im Interesse der Wahrheit bitten, den Auszug aus den Akten, den Sie gestern als Hilfsmittel benützten und an dessen Übereinstimmung mit dem Inhalt der verschiedenen Akten ich nicht zweifle, wohl aber an der Richtigkeit gelegentlicher Notizen von Anstaltsärzten, die sich zum größeren Teil auf die Angaben eines geistig und sittlich mehr oder weniger tief stehenden Wartpersonals stützen, mit mir Punkt für Punkt durchzugehen oder durchgehen zu lassen. Ich muß auf Richtigstellung dringen, da sich auch Ihr Gutachten zum Teil auf die mit Recht angezweifelten Akten stützen wird u. von Ihrem Urteil mein Schicksal abhängt. Ich bin in der Lage, gegen verschiedene mir zu Gehör gebrachten Punkte den Gegenbeweis zu erbringen. Auf einige Punkte gehe ich zunächst hier ein. Sie sagten, ich habe die meiste Zeit, in welcher ich nicht in Irrenanstalten war, von Betrug gelebt. Diese Behauptung charakterisiere ich nicht, constatiere aber, daß ich mindestens $^{29}/_{30}$ dieser Zeit gegen auskömmliche Bezahlung teils im Verwaltungsfach, teils als Photograph, Geschäftsreisender, Hotelbuchhalter u. s. w. tätig war. Über alle me ne Dienstleistungen mir Zeugnisse geben zu lassen, hätte ich nicht versäumt, wenn ich geahnt hätte, dieser Waffen hier zu bedürfen. Es hat mich eigentümlich berührt, von Ihnen zu hören, daß Zeugnisse leicht zu bekommen seien. Ich muß annehmen, daß Sie hiebei an gefälschte Zeugnisse dachten oder die Beamten, von welchen ich Zeugnisse aus den letzten Jahren besitze, im Verdacht haben als Fälscher. Von Privatstellungen habe ich nur ein Zeugnis über meine Tätigkeit als Hotelbuchhalter in Fr. a. M., über die übrigen privaten Tätigkeiten, z. B. als Photographengehilfe ließ ich mir keine Zeugnisse geben. Die Originalzeugnisse, die mir große Geschäftstüchtigkeit und eisernen Fleiß bezeugen, sind von Leuten, die sich durch die größte Gewissenhaftigkeit auszeichnen und stehen Ihnen zur Einsicht u. Prüf. zur Verfügung. Das weitere ist leicht festzustellen, wo ich in der letzten Zeit tätig war. Es bleiben nur 2 Monat, sage zwei Monat, Beschäftigungs- und Verdienstlosigkeit. Nun ist es mir aber gelungen, da und dort Ersparnisse zu machen, s. z. B. in St. 300 M. Weiter legte ich Geld an in Garderobe und Einrichtungsgegenständen; dieser Artikel entäußerte ich mich im Notfalle. Die Behauptung, ich hätte in der Zeit, in welcher ich nicht in Anstalten war, meistens von Betrug gelebt, dürfte nun hinfällig sein. Der Grund meines häufigen Stellenwechsels dürfte nicht in meiner Reizbarkeit, sondern in den Beeinflussungen liegen; meine Umgangsformen sind die eines gebildeten nicht gerade devoten Menschen; gegen den, der mir rüppelhaft entgegenkommt oder mir mit seiner Überlegenheit imponieren will, zeige ich nur Gleichgültigkeit. Auf das Vorangegangene zurückkommend, bemerke ich, daß die 21 Fälle, die Sie zitierten, hinter meinem Aufenthalt in L. zurückliegen. Sie haben sich gestern außerordentlich Mühe gegeben, mich als einen gemeingefährlichen Geistes-

kranken zu schildern. Sie haben nicht einmal die Möglichkeit, viel weniger die Tatsache meiner Beeinflussungen zugegeben. — Gründe der Staatsraison. — Ich komme nun zu der Überzeugung, daß Sie gestern Hauptsachen aus dem Auge gelassen haben, die sich als unpassende Bausteine eben dem von Ihnen errichteten Gebäude schlechterdings nicht einfügen ließen. Es muß Ihnen doch aufgefallen sein, daß ich mich nur in einer Richtung verfehlt habe, wodurch von einem Vermögensvorteil für mich nicht die Rede sein kann. Zudem habe ich ja meine Schulden immer nachträglich bezahlt. Gäbe es dann für mich auch noch andere Wege, für mich einen Vorteil zu erlangen durch Gesetzesübertretung. Nicht nur Klugheit, sondern auch Rechtlichkeit hält mich davon ab. Beides ist bei mir genügend vorhanden, um mich vor einem Zechbetrug abzuhalten, ebenso wie von anderen Überschreitungen, wovon ich mir keine zu Schulden kommen ließ. Bei einigem Nachdenken wird jeder vernünftige und vorurteilslose Mensch — ebenso wie ich — zu dem Schluß unfehlbar kommen, daß bei mir, der ich, abgesehen von den Wirkungen der Beeinflussungen, sonst gesund und von Leidenschaften ziemlich frei bin, der einzig wunde Punkt bei den Beeinflussungen mit Erfolg benützt wird und der ist, daß ich mittelst Störung meines Gleichgewichts durch die Beeinflussungen zum Trinken gezwungen werden kann. Alles, was mir in meinem sittlichen Leben selbst bei Anlegung des strengsten Maßstabs Ungünstiges nachgewiesen werden kann, steht ausschließlich in kausalem Zusammenhang mit der Beeinflussung und der durch sie hervorgerufenen Schlaflosigkeit und Trinkzwang. Von Getränken konsumiere ich übrigens nur Bier, selten Apfelmost, noch seltener Wein und nie Schnaps. Bei meiner jahrelangen Schlaflosigkeit muß ich mich an Stelle von narkotischen Mitteln in Zeiten, in welchen sich die Beeinflussungen geltend machen des Bieres bedienen. Ist die Sache nicht zu weit vorgeschritten, so genügen Abends $1^1/_2$—2 Liter Bier. Tagsüber trinke ich nichts, nur in aufgeregtem Zustande trinke ich da auch, d. h. ich muß. Als eigentl. Alkoholiker bin ich nicht aufzufassen, da ich in nicht beeinflußtem Zustande mich auch im Trinken in der Gewalt habe; ich kann da jederzeit und beliebig lang abstinieren. Ich muß Ew. Hochw. ferner deshalb um Durchsprechung der einzelnen Punkte des Elaborats, das gestern Abend Ihnen als Anhaltspunkt diente, bitten, da ich bei der Exploration durch Sie und H. Dr. R. mehrere Fragen nicht richtig auffaßte und deshalb keine richtige Auskunft geben konnte. So z. B. frugen Sie mich nach dem Zeitpunkt des Aufhörens der Beeinflussungen unmittelbar nach der Behandlung der Vorgaukelungen und da gab ich Ihnen den 2ten Tag meines Hierseins an. Damit habe ich aber das Ende der Belästigung durch Figuren u. nicht der Beeinflussungen bezeichnet. H. Dr. R. fragte mich nach der Prüfung des Gefühls, wo ich die Berührungen am meisten gespürt habe; ich antwortete es nicht angeben zu können; erst nachträglich kam mir zum Bewußtsein, daß Herr Dr. R. die Körperseite meinte, welche er am

öftesten berührt habe. Da nun solche Mißverständnisse auch in wichtigen Fragen in der Eile vorkommen konnten, halte ich eine Revision für unumgänglich. Wird von mir behauptet, daß ich ein gemeingefährlicher Geisteskranker bin, so wird an mir ein weiteres Verbrechen begangen. Gemeingefährlich sind die Urheber meiner Beeinflussungen. Seit etwa 10 Tagen fühle ich mich geistig selbständiger und widerstandsfähiger und bin überzeugt, meine Zwecke verfolgen und die Gefahr der Beeinflussungen bestehen zu können. Doch legen mir die seitherigen Erfahrungen nahe, nach rascher Verwertung meiner Erfindung das Weltmeer zwischen mich und meine Feinde zu legen, wenn ich anders nicht jemand finde, der der Sache auf den Grund geht. Auffallend scheint mir, daß meiner Eingabe an das Staatsm. keine Folge gegeben wurde. Am 23. ds. M. gab ich, belehrt durch das Schreiben des U.R. eine Beschwerde gegen den erlassenen H.Befehl ab. Anfangs nächster Woche kann ich die Entscheidung verwerfen, wenn mein Schr. expediert wurde. Um Mißverständnissen zu begegnen, constatiere ich, daß es meine Absicht ist, in meiner ganzen Angelegenheit rein sachlich vorzugehen. Ich glaube erwarten zu können, das Ew. H. meinem Wunsche gütigst entsprechen.

H. Achtsv. F. P.“

„Ew. Hochw.! In einer der letzten schlaflosen Nächte habe ich mich einiger beweisbarer Umstände, die meinem Gedächtnis entfallen bezw. durch Beeinflussungen verwischt waren, deutlich erinnert. Ich halte *sie* nicht für unwesentlich u. trage sie — 4. Dez. 06 — nach, ob Sie nun Ihr Urteil abgeschlossen haben oder nicht. Ich kam nach G. im Besitz von annähernd 3 M. Im einzigen Wirtsh. daselbst kehrte ich ein und bezahlte m. Konsum (Bier, Schwarzbrot) mit einem 2M.stück. Von G. fuhr ich mit einem Bierführer nach H. und entschädigte diesen in der Wirtschaft mit Bier und Zigarren. Von da ging ich ins Gasthaus K., um die Adresse eines Gewerbelehrers zu erfragen. Daselbst faßten mich gleich 2 Männer ins Auge und setzten sich mit dem Wirt über mich ins Benehmen. Ich wollte mir nun Nachtquartier suchen. Kaum aber hatte ich in einer Wirtschaft Platz genomen, als die 2 Männer ebenfalls dort eintrafen, dies steigerte mein Angstgefühl in höchstem Maße. Ich begab mich noch in 2 Wirtschaften und glaubte immer die 2 Männer auf den Fersen zu haben. Es war ein sehr heißer Tag ich hatte auf meinem Marsch getr. und das Bier in H. brachte mich ins Stadium starker Trunkenheit, durch das Trinken wollte ich die Beeinflussungen abschwächen. Weiter glaubte ich den Namen Schwarz auf dem Notizblock gelesen und abgeschrieben zu haben. Dies könnte stimmen, denn der Hotelier führt, wie ich nachträglich erfahren habe, denselben Namen. Ich war am andern Morgen sehr erstaunt, als ich mit dem Namen Schwarz angeredet wurde, ich wußte nichts mehr davon. Das Übrige habe ich der Wahrheit gemäß angegeben. Ich war sehr stark beeinfl. und sah allerlei Bilder vor mir, die ich anfangs für

4. oder 5. Stock gestiegen und habe mich im Öhrn niedergesetzt, habe gesungen und sei nur mit Gew. zu entfernen gewesen. Ich habe mich am anderen Tage auf eine Aufforderung hin entschuldigt und erst da die Einzelheiten erfahren (Zeuge Z.). Mit Geld war ich noch ziemlich versehen. In dieser Zeit hatte ich eine große Angst und schlief nur, wenn ich total erschöpft war, im Freien. Wenige Tage nachher passierte ich ein Städchen, den Namen weiß ich nicht mehr. Dort nahm ich vor einem Gensdarmen Reißaus u. überrannte mitten im Ort einen Polizeidiener. Gesetzesübertretung hatte ich mir damals noch keine zu Schulden kommen lassen, also auch keinen Grund zum Durchgehen. Damals hatte ich solche Angstgefühle, daß ich jeden Wohnplatz umging, wenn ich nicht eine Brücke nötig hatte. Obwohl noch genügend bemittelt, lebte ich vom Fallobst von der Straße. Daß mich diese Angstzustände zum Verl. meines Wohnplatzes W. zwangen, habe ich meines W. schon bemerkt. In der U. H. zwang ich mich zur vollsten Ruhe, um nicht für geisteskrank gehalten zu werden. Schwer genug ists mir geworden bei den Belästigungen. Ich calkulierte: für den Delikt erleidest du eine Gefängnisstr. v. höchstens 3 Wochen und bist nachher wieder ein freier Mann, verwendest Deine Erf. und wanderst dann aus, um den Beeinflussungen zu entgehen. Die Abs. eines Betr. lag mir fern. In meinem gestrigen Briefe habe ich vergessen, daß ich wahrsch. m. Rücks. auf die 2 Herren, die mich verfolgten, einen falschen Namen angab. Hätten Sie mich damals in die Hände bekommen, so hätten Sie genug Material für den Beweis der Beeinflussung bekommen. Zum Schluß möchte ich Sie bitten, mit mir (namentlich zur Nachtzeit) in keinen geistigen Contact zu treten, die dadurch hervorgerufenen Schwingungen der Seele beunruhigen mich und schwächen mich und ich habe meine Kraft dringend nötig. Ob diese Notizen Ihnen dienlich sind, weiß ich nicht, Herr Dr. G. forderte mich dazu auf, als ich davon sprach. H. Achtsv. F. P."

Näheres über seine Beeinflussungen auszusagen, war er nicht imstande, sondern erklärte, dies der Wissenschaft überlassen zu wollen, von der er erwarte, daß sie ihn davon befreien werde. Als einzige Erläuterung führte er den Vergleich mit der Hypnose an, betonte jedoch dabei, daß es sich um etwas ganz anderes handeln müsse. Auch die beiden ihm zur Last gelegten Delikte führte er auf die „Beeinflussung durch

Willensübertragung“ zurück und behauptete, damals einfach nicht weiter gekonnt zu haben, auch habe er sich gar keine Gedanken mehr machen können. Die Briefe in H. seien nur Phantasieprodukte und Spielerei gewesen, er habe niemals die Absicht gehabt, sie vorzuzeigen. Daß er sich dort als Lehrer ausgegeben habe, sei daher gekommen, daß ihn der Hoteldiener mit Professor angeredet habe und er nahe daran gewesen sei, dies zu glauben und seine „Individualität zu verlieren“. Hinterher habe er die Briefe vernichten wollen, weil ihm der Gedanke gekommen sei, daß er damit hereinfallen könne.

Ein andermal äußerte P. noch eine andere Art von Beeinflussung, bei der er sich als Medium bezeichnete; durch ihn hindurch wirken andere auf dritte Personen, und zwar in gutem wie in schlechtem Sinn. So sei es vorgekommen, daß Leute ihm alles zu Gefallen tun müßten, wie z. B. seine Hauswirtin bei Einrichtung des photographischen Geschäftes ihm alle notwendigen Gegenstände aus der Haushaltung im richtigen Augenblicke gebracht habe, ohne daß er etwas gesagt oder diese ein Verständnis dafür gehabt habe. In schlechtem Sinne werde durch ihn auf alle, die ihm etwas zuleide getan, eingewirkt. Irgendein Beispiel anzuführen, weigerte er sich, da es sich meist um hochgestellte Personen handle, die ihm schaden könnten, weshalb er es sich zuvor sehr überlegen müsse, wen er ohne Gefahr nennen könne. Er reichte dann wenige Tage ohne weitere Aufforderung folgendes Verzeichnis ein:

„Einige Fälle offenbaren Ausgleichs für die an mir begangenen Ungerechtigkeiten ohne mein Dazutun, lediglich als Medium bei Beeinflussungen. Durch die Beeinflussung sammelt sich in mir eine gewisse Summe Kraft an, die sich günstig oder ungünstig auf solche Personen entladen muß, zu welchen ich in geistige Beziehung (Contact) trete.

Personen:	Handlungen gegen mich.	Ausgleich.
Frau F in S.	Verleumdung u. Schädigung.	Krankheit.
Beamter F. in St.	Beleidigung.	Krankheit und Selbstmord.
Exp. L. in E.	Denunz. durch anonym. Brief.	Krankheit und qualvoller Tod.
Frau St. in E.	Verrat.	Nervenleiden.
Kassier R. in Oe.	Verrat.	Qualvolles Leiden und Tod im besten Alter.
Freund B. in B.	Untreue.	Mißheirat.
Vetter P. in F.	Verleug. verwandtsch. Gefühle.	Hilflosigkeit und Mißhandlung im Alter.
Nächste Verwandte	I. desgl. Versagung v. Hilfe.	Schlaganfall, Lähmung, finanz. Verlust.
	II. Agitation gegen mich.	Ungl. m. 1 Kind. Verm. Verlust.

Diese Reihe kann ich mindestens auf 100 bringen und ebenso günstige Beeinflussungen durch mich als Medium eine große Reihe aufzählen. Das Nähere teile ich mit, wann mir versprochen wird, daß die Namen nicht in die Akten eingetragen werden."

Im allgemeinen war er bei der Unterhaltung stets bemüht, immer wieder diesen Punkt zu berühren, so daß man den Eindruck gewinnen mußte, es sei sein Bestreben, diese Dinge möglichst hervorzuheben. Von Zurückhaltung und Mißtrauen war nichts bei ihm zu bemerken; er wünschte im Gegenteil die ärztliche Untersuchung und beschwerte sich, daß man sich nicht genügend mit ihm abgebe.

Den Ärzten gegenüber war er freundlich und zuvorkommend; hatte sichtlich das Bestreben, gut angeschrieben zu sein. Als er einmal wegen seiner „Wahnideen" in die Enge getrieben, gereizt worden war, entschuldigte er sich nachher in übertriebener Weise und bat, es ihm ja nicht übel zu nehmen, da er ein nervöser Mensch sei und leicht in Aufregung gerate. Ganz entgegen dieser oft geradezu kriechenden Art zeigte er sonst ein stark gehobenes Selbstbewußtsein sowohl dem Personal als auch den Kranken gegenüber. Auch sich und seine Tätigkeit lobte er häufig und wies darauf hin, welche Geschicklichkeit dazu gehöre, sich in so kurzer Zeit in drei Berufen einzulernen, wie er es, durch Krankheit veranlaßt, getan habe. Auf den Einwand, daß er doch in keinem derselben etwas geleistet habe, wurde er gereizt und wies mit lauter Stimme und in übertriebener theatralischer Art diese Behauptung zurück, wie überhaupt alle seine Affektausbrüche den Eindruck des Gemachten hervorriefen. Er betonte, daß er außerhalb der Anstalt immer etwas geleistet habe, und daß er nur durch Krankheit gezwungen gewesen sei, die Irrenanstalt aufzusuchen. Auf die Frage, ob er denn geisteskrank gewesen sei, erklärte er sofort, daß er damit nur die Beeinflussungen gemeint habe, die er zeitweise als krankhaft angesehen habe, zeitweise jedoch auch nicht. Außerdem entschuldigte er sich ganz kleinlaut bei dem Arzt, daß er ihn wohl mißverstanden haben müsse, und bat, seine vorherigen Äußerungen ja nicht falsch aufzufassen und einen Größenwahn daraus zu konstruieren. Ein andermal sagte er dann, es sei möglich, daß er nicht geisteskrank sei, sondern nur beeinflußt, er komme dadurch in einen Zustand, der einer Krankheit ähnlich sehe. Da er sich nun in den Anstalten immer am wohlsten gefühlt habe, so sei er dorthin gegangen, ohne weiter den Ärzten zu widersprechen, da er mit ihnen doch keinen Kampf führen wolle. Verantwortlich für seine Zechprellereien sei er eigentlich nicht, weil er Medium gewesen sei; er habe aber den Wunsch, bestraft zu werden, um möglichst bald wieder in Freiheit zu gelangen zwecks Ausnützung seiner Erfindung. Er habe ja im Falle seiner Verurteilung keine große Strafe zu gewärtigen, da ihm die lange Untersuchungshaft wohl angerechnet werden müsse. Als ihm dann Gelegenheit gegeben wurde zu photographischen Arbeiten, beschäftigte er sich ganz fleißig. Zur Erklärung gab er an, daß er augen-

blicklich nicht mehr unter den Beeinflussungen leide und daß er — mit Ausnahme der ersten Tage — hier niemals etwas davon beobachtet habe. „Aus diesem Grunde hat", so lauten seine eigenen Worte, „die hiesige Beobachtung nach meiner selbstverständlich unmaßgeblichen Ansicht, nachdem die Periode abgelaufen ist, ungefähr denselben Wert wie die Beobachtung einer absolut gesunden Person auf Fieber, das sie vielleicht vor 4 Wochen gehabt hat."

Dessen ungeachtet schrieb er wenige Tage nach dieser Äußerung an den Direktor der Klinik jenen oben angeführten Brief, in dem er diesen aufforderte, den geistigen Kontakt bei Nacht mit ihm zu unterlassen usw. Solche Widersprüche hatten wir fast Tag für Tag Gelegenheit, festzustellen, und zwar immer nur bei Angaben, die seine angeblichen Krankheitserscheinungen betrafen, während er für alles andere ein vorzügliches Gedächtnis hatte. Fast regelmäßig, wenn ein solcher Widerspruch — wie er sich z. B. auch bei den verschiedenen Angaben über den Beweggrund zu seiner Zechprellerei in H. ergab — offenkundig zutage getreten war, suchte er am folgenden Tage die Sache zu bemänteln oder es als ein Mißverständnis hinzustellen, obwohl ihm von seiten des Arztes niemals auch nur eine Andeutung gemacht wurde, daß man sein Vorbringen nicht glaube, und er bis zum letzten Tage in der Überzeugung gelassen wurde, man schenke seinen Ausführungen volles Vertrauen. Objektiv wurde nie etwas beobachtet, das den Verdacht auf Sinnestäuschungen hervorgerufen hätte. Störungen der Intelligenz sind sicher nicht vorhanden. im Gegenteil zeigte er sowohl im mündlichen wie im schriftlichen Verkehr geistige Fähigkeiten, die über dem stehen, was sonst von Leuten seines Bildungsganges erwartet werden kann. Auch sein übriges Verhalten bei Unterredungen usw. wies einen gewissen Grad von Umsicht und Geschicklichkeit auf; mit lauerndem Blick und gespannter Aufmerksamkeit verfolgte er stets den Eindruck seiner Worte auf die Umgebung und suchte in deren Mienen ihre Ansicht zu lesen. Glaubte er je, zu weit gegangen zu sein, so lenkte er sofort ein und suchte durch einschmeichelndes Wesen Stimmung für sich zu machen. Wurde er jedoch durch Kreuzfragen zu sehr in die Enge getrieben, so half er sich durch Verfallen in gereizte und ablehnende Stimmung, was z. B. bei der Frage nach seinen freiwilligen Anstaltseintritten regelmäßig auftrat, oder aber er erklärte, durch Beeinflussung die Erinnerung für die betreffende Zeit vollkommen verloren zu haben.

Auf Grund der klinischen Beobachtung wurde über P. ein ausführliches Gutachten abgegeben, dessen letzter zusammenfassender Teil folgendermaßen lautete:

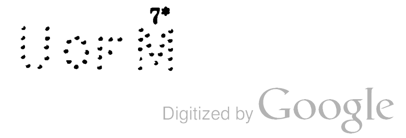
Aus dem Vorgesagten ergibt sich, daß P. auf der Schule gute Fähigkeiten zeigte und auch zu Anfang seinen Beruf als unterer Verwaltungsbeamter erfüllte, wenn er auch nur ein mäßiges Examen gemacht hatte. Schon nach wenigen Jahren geriet er aber in das Trinken hinein, bekam

Schwierigkeiten mit seinen Vorgesetzten und wanderte von Stelle zu Stelle. Schließlich sank er so tief, daß er, wie es wenigstens für das Jahr 1895 feststeht, sich nur noch von Zechprellereien ernährte. Als er Ende dieses Jahres wegen der genannten Vergehen zum dritten Male unter Anklage stand, zeigte er plötzlich einen eigenartigen Erregungszustand, in dem er den Teppich seiner Zelle zerriß und angab, gestorben zu sein und schwarze Männer und Tiere zu sehen. Im Anschluß daran äußerte er allerlei unsinnige Beeinflussungs- und auch vereinzelte Größenideen und machte zahlreiche Eingaben an die verschiedensten Behörden. Er wurde für geisteskrank gehalten und in die Irrenanstalt verbracht, wo sich sein Zustand sehr rasch besserte. Hier führte er ein möglichst behagliches Dasein und ergab sich, sobald er eine Gelegenheit dazu fand, dem Trunke und ließ sich im Rausche zahlreiche Ungehörigkeiten zuschulden kommen. Und als man ihn schließlich wegen dauernder grober Verstöße gegen die Hausordnung entließ, wurde er unverschämt und brutal und verließ nur widerstrebend und unter Drohungen die Anstalt. Unter dem Zwange der Verhältnisse versuchte er es mit der Arbeit, doch ohne recht voranzukommen, und schon nach $^3/_4$ Jahren befand er sich (diesmal auf eigenes Verlangen) wieder in der Irrenanstalt, wo er die gleichen Beschwerden wie früher äußerte. Nur führte er seine Erkrankung jetzt bis in das Jahr 1894 zurück und gab an, daß er damals Anfälle von Bewußtlosigkeit gehabt habe. Auch diesmal verschwanden die Klagen über Belästigungen und Beeinflussungen sehr rasch, und aus dem anfänglich fügsamen Patienten wurde bald ein anspruchsvoller Mensch, der überall seinen Vorteil wahrnahm und sich dem Trunke ergab, wo er konnte. Krankhafte Symptome wurden nur geäußert, wenn die Entlassung drohte, oder wenn es galt, allzu starke Trinkexzesse damit zu entschuldigen. Und als er endlich im Jahre 1899 entlassen wurde, finden wir ihn schon wenige Monate später wieder in einer neuen Anstalt, wo sich die eben geschilderten Ereignisse mit fast photographischer Treue wiederholen. Und so ging es fort bis in die jüngste Zeit. Längere und kürzere Anstaltsaufenthalte wechselten mit freien Zwischenzeiten, in denen P. in den verschiedensten Berufen, bald als Schreiber, bald als Buchhalter, als Stenograph und als Photograph arbeitete, doch ohne es zu etwas Rechtem zu bringen. Ging es ihm ganz schlecht, so verübte er Zechprellereien, von denen wohl nur ein Teil den Gutachtern bekannt geworden ist. Wurde er dabei abgefaßt, so berief er sich auf die Beeinflussungen oder erwähnte wenigstens seine früheren Anstaltsaufenthalte. Man hegte dann Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit und setzte ihn regelmäßig außer Verfolgung, bis im Jahre 1905 die ihn behandelnden Anstaltsärzte zu der Überzeugung kamen, daß es sich um Simulation handele, worauf er eine kurze Gefängnisstrafe erhielt. Trotzdem finden wir ihn bald wieder als Gast einer Irrenanstalt, aus der er erst Juni 1906 entlassen wurde. Nach wenigen Monaten geregelter Tätigkeit trieb er sich wieder beschäftigungslos im Lande umher und beging im

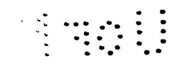
August und September die beiden Zechprellereien, wegen deren er jetzt unter Anklage steht.

Sieht man von allen späteren Erscheinungen ab, die den Verdacht der Geisteskrankheit erweckten, und betrachtet allein das Leben des P. bis zum Jahre 1895, so ergibt sich, daß es sich bei ihm zweifellos um einen schwer degenerierten minderwertigen Menschen handeln muß. Bei guten Fähigkeiten und auch anfänglich befriedigenden Leistungen bringt er es doch zu nichts, da regelmäßig nach kurzer Zeit Interesse und Eifer erlahmen. Er beginnt zu trinken, vernachlässigt den Dienst vollständig, wird entlassen wandert von Stelle zu Stelle und nimmt schließlich zu Betrügereien seine Zuflucht. Auch in seinem späteren Leben tritt diese Unstätigkeit und die Unfähigkeit zu dauernder ernsthafter Beschäftigung bei guter Begabung und leichter Auffassung recht deutlich zutage. Mit Geschick und Gewandtheit arbeitete er sich in neue Berufe ein, wie Stenographie und Photographie, und brachte es darin in kurzer Zeit zu erheblicher Fertigkeit. Sowie er aber diese Dinge ernsthaft betreiben sollte, versagte er schon nach wenigen Wochen oder Monaten. So geht er z. B. im Sommer dieses Jahres ohne nachweisliche Veranlassung aus einer leidlich gesicherten Stellung plötzlich auf und davon und treibt sich beschäftigungslos im Lande umher. Wie so häufig schwache und willenlose Menschen, so verfällt auch er dem Trunke und wird dadurch immer unfähiger zu ernsthafter Arbeit. Und je tiefer er sinkt, desto mehr verliert er das Verständnis dafür, daß er es eigentlich zu gar nichts gebracht hat. Im Gegenteil, er zeigt ein anspruchvolles und im hohen Grade selbstbewußtes Wesen und macht immer allerlei höhere Pläne, wie Geschichtsstudien und die Verfertigung eines Dramas für die Anstaltsbühne zeigen Mit dem Stolz auf seine immerhin anerkennenswerten Fertigkeiten verbinde sich vollkommene Einsichtslosigkeit dafür, daß er doch in den letzten Jahre gar nichts geleistet hat. Versucht man ihn hierauf hinzuweisen, so wir er gereizt und ausfallend, wie er überhaupt nach unseren und den frühere Beobachtungen sehr empfindlich ist und seinen Affekt in lauter un übertriebener Form zu äußern pflegt. Aber schon im nächsten Augenblick ist er wieder kleinlaut und entschuldigt sich mit kriechender Höflichkei wegen seines ungebührlichen Verhaltens. Gerade diese Verbindung vo Willensschwäche mit unbegründeter Selbstüberschätzung, maßlosem Affek und serviler Höflichkeit finden wir als typische Symptome bei degen rierten psychopathischen Persönlichkeiten, die wir als „Haltlose" zu b zeichnen pflegen. Auf körperlichem Gebiete tritt hierzu noch Farbe blindheit, ein angeborener Fehler, den wir nicht selten bei solchen Pe sonen antreffen, und den man daher unter die sogenannten Degeneration zeichen rechnet. Ob und wie weit die gewöhnlich vorhandene erblic Belastung auch in diesem Falle besteht, läßt sich nicht entscheiden, wir in diesem Punkte nur auf die durchaus nicht zuverlässigen Angab des P. selbst angewiesen sind.

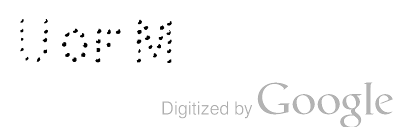
Bei diesem Manne tritt nun während der Untersuchungshaft im Jahre 1895 ein eigentümlicher Erregungszustand auf, und daran anschließend werden zahlreiche unsinnige Beeinflussungs- und Größenideen geäußert, die P. noch heute in ganz ähnlicher Weise vorbringt, und auf die er seine Zechprellereien zurückführt. Er war auch wegen dieser Erscheinungen mehrfach in Irrenanstaltsbehandlung, und es wurde anfänglich allgemein angenommen, daß er geisteskrank sei. Erst in den letzten Jahren ist der Verdacht aufgetaucht, daß es sich bei ihm um Simulation handeln könne. Hauptsächlich hat dazu wohl beigetragen, daß der bisherige Verlauf durchaus nicht dem entsprach, was wir bei der Erkrankung zu sehen gewohnt sind, die man bei ihm vermutete, der Verrücktheit (der chronischen Paranoia). Bei diesen Kranken pflegt sich nämlich langsam ein dauerndes, unerschütterliches Wahnsystem zu entwickeln, das mit Notwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, zu einer Verrückung des Standpunktes, welchen der Kranke gegenüber Personen und Ereignissen einnimmt, führen muß. Und gerade dieser letztere Punkt, auf den wir ein besonderes Gewicht legen müssen, ist bei P. nicht vorhanden. Statt Mißtrauen uud Zurückhaltung finden wir bei ihm kriechende Höflichkeit und das Bestreben, sich möglichst gut anzuschreiben. Wir sehen, daß er sich wie ein normaler Mensch benimmt und daß seine Handlungen nicht im geringsten in Beziehung stehen zu den von ihm geäußerten Beeinflussungsvorstellungen. Trotzdem er behauptet, fortwährend belästigt zu werden, zeigt er weder Mißtrauen oder gereizte Stimmung, im Gegenteil, er ist stets zuvorkommend, von einer süßlichen Freundlichkeit und läßt deutlich das Bestreben erkennen, sich möglichst gut anzuschreiben, wobei er es nicht an Unterwürfigkeit fehlen läßt. Ist er einmal in der neuen Umgebung warm geworden, so schlägt sein Verhalten in anmaßendes und freches Benehmen um, ja er wird mehrfach direkt brutal. Aber auch dann gedenkt er nicht, die Personen, die ihm entgegentreten, in sein Wahnsystem mit einzubeziehen oder ihr Verhalten irgendwie wahnhaft umzudeuten, wie wir das regelmäßig bei paranoisch Erkrankten finden. So wirft er den Anstaltsärzten, die ihn für einen Simulanten erklärt hatten, nur vor, daß sie ihn nicht in der kranken Zeit gesehen, oder daß sie ihn nicht ordentlich untersucht hätten, denkt aber nicht daran, einen Zusammenhang mit den Beeinflussungen herzustellen. Überhaupt beschäftigt er sich auffallend wenig mit seinen Verfolgungsideen, auch in Zeiten, wo er angeblich akut erkrankt war. Während der „echte Verrückte" nur daran denkt, wie er seinen Peinigern sich entziehen oder wie er mit allen Mitteln gegen sie vorgehen könne, und er daher alles mißtrauisch beobachtet, auch die harmlosesten Vorgänge auf sich bezieht und im Sinne seines Wahnes umdeutet, so finden wir bei dem P. eine volle Vertrauensseligkeit der Umgebung gegenüber und als einziges Ziel für seine Handlungen den nächstliegenden materiellen Vorteil, was durch zahlreiche Beobachter in den verschiedensten Anstalten einmütig



bestätigt wird. Um dies zu erreichen, bewirbt er sich in einer kriechenden und schmeichelnden Art um die Gunst der Ärzte, wie dies niemals ein Paranoiker tun würde. Dieser kommt den Ärzten vielmehr nur mit kühler Zurückhaltung und einem Gefühl der Überlegenheit entgegen, das in einen krankhaft gehobenen Selbstbewußtsein und Größenideen seinen Ursprung hat und in engem Zusammenhange mit den Verfolgungsideen steht und ein gemeinsames geschlossenes System bildet. Ganz anders hier. Neben serviler Höflichkeit und Schmeichelei finden sich Größenideen wie die Behauptung, eine bedeutende Erfindung gemacht und ein großes Vermögen in Aussicht zu haben, die aber in dem Handeln des P. sich in keiner Weise äußern und auch mit den Beeinflussungsideen nicht zu einem Systeme verknüpft werden. Wir sehen also einmal einen vollkommenen Mangel an einheitlicher Verknüpfung der „Wahnvorstellungen" untereinander und zweitens das Fehlen der Umbildung der Persönlichkeit im Sinne des Wahnes; es sind also gerade die Punkte, die wir als wesentl ch und charakteristisch für die Verrücktheit gefunden haben, nicht vorhanden. Hierzu kommt noch, daß der ganze Verlauf durchaus nicht dem der Verrücktheit entspricht. Diese pflegt nämlich ganz langsam und unmerklich sich zu entwickeln und stetig fortschreitend immer mehr an Ausdehnung zu gewinnen, bis sie schließlich die ganze Umgebung der Persönlichkeit umfaßt. Hier hingegen setzt die Erkrankung mit einer eigenartigen Erregung und zahlreichen Gesichtstäuschungen und der Vorstellung des Gestorbenseins ein, an die sich dann die Beeinflussungsvorstellungen anschließen. (Nach einer späteren Erzählung sollen dem einen Jahre vorher drei Anfälle von Bewußtseinsverlust vorausgegangen sein, die nach ihrer Schilderung Dämmerzuständen gleichen, wie sie bei Hysterie und Epilepsie beobachtet werden, die aber sicher mit der Verrücktheit nicht das Geringste zu tun haben. Außerdem erfahren wir nur durch nicht einwandfreie Angaben des P. davon, und zwar erst bei seinem zweiten Anstaltsaufenthalte, wo er jedenfalls schon Gelegenheit gehabt hatte, durch Beobachtung und durch Abschreiben von Krankengeschichten Symptome von Geisteskrankheiten kennen zu lernen.) Statt daß sich die Erkrankung nun langsam, aber stetig weiterentwickle, finden wir schon nach wenigen Monaten vollkommene Genesung, und das wiederholt sich im Laufe der Zeit immer wieder, und zwar treten die Krankheitserscheinungen merkwürdigerweise immer nur dann auf, wenn es dem P. gerade gelegen kam, und verschwinden wieder zu der günstigsten Zeit. Doch davon weiter unten mehr. Hier muß nur noch darauf hingewiesen werden, daß von einer allmählichen Ausdehnung des Wahnsystemes nicht die Rede sein kann, sondern daß die Vorstellungen in der gleichen Weise vorgebracht werden wie zu Anfang, ohne daß weitere Teile der Umgebung einbezogen würden. Als einziges Neue ist der Gedanke hinzugetreten, daß er als Medium, zur Beeinflussung anderer diene, der aber mit den übrigen Beeinflussungsideen nur in ganz loser Verknüpfung steht und auch nicht den Ideen entspricht, die wir für



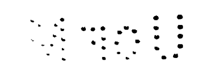
gewöhnlich beim Paranoiker finden. Vielmehr erinnert diese Art der Weiterverarbeitung an das, was wir bei Personen mit reger Phantasie antreffen, nämlich, daß sie sich in eine gewisse Vorstellung vollkommen einleben und diese dann in jeder Weise ausbauen. Nach alledem scheint es ausgeschlossen, daß es sich bei dem P. um eine chronische Verrücktheit handeln könne, und es tritt nun die Frage heran, welche der andern Geisteskrankheiten vielleicht in Betracht kommen könnte. Da ist vor allem einer Erkrankung zu gedenken (die häufig mit dem gleichen Namen bezeichnet wird), der paranoischen Form der Dementia praecox. Diese kann plötzlich mit einem Erregungszustand beginnen und tut dies nicht selten gerade während der Strafhaft; auch pflegt bei ihr besonders in späteren Stadien sowohl die Einheitlichkeit des Wahnsystemes als auch die logische Verknüpfung zwischen den Wahnvorstellungen und den Handlungen des Kranken zu fehlen, alles Dinge, die mit den hier gemachten Beobachtungen übereinstimmen. Demgegenüber muß aber gesagt werden, daß diese Krankheit schon nach wenigen Jahren zu einem ihr eigentümlichen Schwachsinn zu führen pflegt, der sich besonders auf gemütlichem Gebiete äußert und verbunden ist mit eigentümlich steifem und gebundenem Wesen sowie zahlreichen Störungen der Ausdrucksbewegungen, was alles bei dem P. nicht angetroffen wird. Abgesehen davon wäre der schleppende Verlauf mit zahlreichen als Heilungen erscheinenden Besserungen durchaus ungewöhnlich und ließe sich nur schwer mit dieser Diagnose vereinen. Es gibt aber noch eine andere Geisteskrankheit, bei der wir den geschilderten Verlauf finden, und die hier in Betracht kommen könnte, das ist die Halluzinose der Trinker, eine Vermutung, die auch tatsächlich schon von anderer Seite ausgesprochen worden ist. Daß P. ein schwerer Trinker gewesen ist, läßt sich an Hand der Akten mit Sicherheit feststellen, und zwar schon lange vor Beginn der ersten angeblichen geistigen Störung, wie man das auch für diesen Fall erwarten müßte. Der plötzliche Anfang ist bei dieser Erkrankung nichts Ungewöhnliches, doch paßt die damals vorhandene Erregung und die Vorstellung des Gestorbenseins durchaus nicht in das Krankheitsbild, wenn auch zugegeben werden muß, daß die vorgebrachten Gesichtstäuschungen in dieser Form bei alkoholischer Geistesstörung vorkommen können. Viel mehr fällt aber in das Gewicht, daß wir gerade das Charakteristische dieser Krankheit vermissen, nämlich zahlreiche äußerst lebhafte Gehörstäuschungen, die meist den Verfolgungscharakter tragen und den Patienten in lebhafte Angst versetzen, so daß es zu Selbstmordversuchen, zu Selbstanzeigen und ähnlichem kommt. Also auch bei dieser Erkrankung ist ein lebhafter Affekt vorhanden und eine vollkommen natürliche Reaktion, die — wie auseinandergesetzt — bei dem P. vollkommen fehlte. Dieses Verhalten des Affektes würde sich nur mit einem erheblichen Grade von Demenz vertragen, die bei längerer Dauer oder öfterer Wiederholung einzutreten pflegt, also hier erwartet werden dürfte.



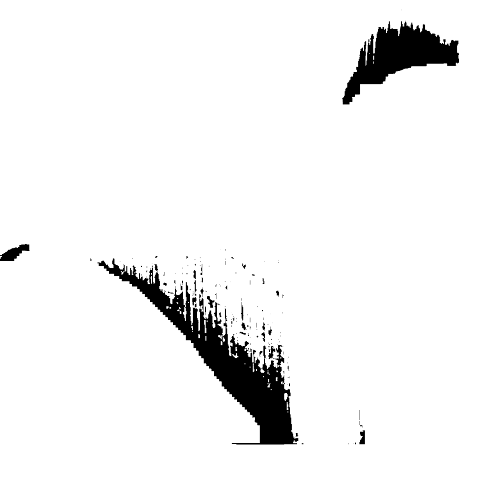
Daß aber von einer geistigen Schwäche zurzeit bei P. nicht die Rede sein kann, das hat die Vorgeschichte sowohl wie die hiesige Beobachtung mit Sicherheit erwiesen.

Nach Ablehnung dieses Krankheitsbildes bleibt nur noch die Hysterie übrig, an die man eventuell denken könnte, und zwar könnte man vermuten, es habe sich dabei um Dämmerzustände gehandelt, wie sie ja nicht selten gerade bei Strafgefangenen beobachtet werden. Auch der atypische Verlauf und das scheinbar Absichtliche spräche nicht ohne weiteres dagegen. Aber unter allen Umständen müssen wir dann verlangen, daß eine Bewußtseinstrübung vorhanden war. Für den Beginn der Erscheinungen im Jahre 1895, und zwar für die Erregung, ist dies nicht unwahrscheinlich, und es ist immerhin möglich, daß damals ein solcher Zustand vorgelegen hat. Auch die damals vorhandenen Gesichtstäuschungen passen nicht schlecht zu dieser Annahme, doch läßt sich bei der ungenauen Schilderung, die uns heute zur Verfügung steht, eine sichere Entscheidung nicht treffen. Für die spätere Zeit muß diese Annahme aber unter allen Umständen abgelehnt werden, da hier sicher keine Bewußtseinstrübung bestand. P. war, wie auch bei der jetzigen Beobachtung, dauernd klar und besonnen, zeigte ganz normales Verhalten und hatte auch stets eine ausgezeichnete Erinnerung an alle Einzelheiten seiner Anstaltsaufenthalte Daß letzteres bei einzelnen Delikten nicht der Fall war, läßt sich bei dem Bestreben von P., geisteskrank zu erscheinen, nicht ohne weiteres im Sinne einer Bewußtseinstrübung verwerten.

Wir sehen also, daß keine der bekannten Krankheitsbilder für die von dem P. gebotenen Erscheinungen passen will, und es drängt sich daher unwillkürlich die Frage auf, ob es sich nicht um Simulation bei ihm gehandelt haben könne. Der ganze bisherige Verlauf spricht zweifellos dafür und erweckt für viele Episoden den Eindruck eines wohlüberlegten Planes. Denn nur dann äußern sich die Krankheitserscheinungen, wenn es für den P. von Vorteil ist, und verschwinden sogleich, wenn sie überflüssig werden, um im zweckmäßigen Augenblicke wieder aufzutauchen. So finden wir sie zum ersten Male im Jahre 1895 im Oktober im Untersuchungsgefängnis, und tatsächlich wurde auch P. für unzurechnungsfähig erklärt und kam in die Irrenanstalt. Nach Erreichung des Zieles wurde es sofort viel besser, und sehr bald verschwanden die Krankheitserscheinungen vollkommen, so daß P. sich schon nach wenigen Monaten selbst für gesund erklärte und wie es heißt volle „Krankheitseinsicht“ zeigte, wodurch er erreichte, daß man ihm freie Hand ließ. Nun genoß er sein Leben in vollen Zügen und suchte seine Entlassung zu hintertreiben, indem er unsinnige Ansprüche an eine eventuelle Stelle außerhalb der Anstalt machte, und wurde unverschämt, als man ihn schließlich gegen seinen Willen an die Luft setzte. Ein Versuch sich draußen zu halten schlug fehl, und da es ihm recht schlecht ging, traten schon nach wenigen Monaten die „Erscheinungen“ wieder auf und er veranlaßte — von sich



chweren Alkoholexzeß zuschulden ...
zu berichten und sein Verhalten damit zu
kam er Zustände von Unwohlsein nur dann,
llgemeinheit zugesagt hatte, während er in
gern beschäftigte und sich dann auch immer
in der gleichen Weise weiter bis in die jüngste
anzuführen, müßte die ganze Vorgeschichte
len, ohne daß wir wesentlich Neues zeigen
laher auf diese zu verweisen und wollen nur
, daß einstimmig alle Anstaltsärzte angeben,
anden, sich in den Anstalten ein angenehmes
igte, wie es heißt, im Petitionieren um Ver-
tine" und erlangte so mehrfach ein gutes
r in jeder Weise auszuschmücken bestrebt
sich das Beste anzueignen, machte sich an
und verstand es, diese in seinem Interesse
lte und trank, beschäftigte sich aber, so wie
r noch dann, wenn er dabei einen pekuniären
ahmen, die er sich so verschaffte, benutzte
unterhielt er in der Umgebung der Anstalt
äßig erfolgte die Entlassung gegen seinen
t brutalem Auftreten von seiner Seite kam.
hatte er auch einmal ein Komplott mit dem
re der Pfleger durch Versprechungen zum
t er gelegentlich nach seiner Entlassung
en Bettelversuche gemacht. Spricht schon
Sicherheit für Simulation, so wird durch
ssungsideen gegenüber der unumstößliche
i einem wirklich Geisteskranken, der an
t, sind es diese tatsächlichen Erlebnisse,
le des Interesses stehen und sein ganzes
errschen und sein Handeln lenken. Er
rfolgt glaubt, mißtrauischer und gereizter
die Verfolgungen zu schützen oder an den
Dem entspricht aber durchaus nicht das
len Zeiten, in denen er angeblich am meisten



belästigt wurde, ruhiger und heiterer Stimmung war und als einzige Richtschnur für sein Handeln nur das zu nehmen schien, was ihm augenblicklich den größten materiellen Vorteil versprach. Daß er mehrfach umfangreiche Schriftstücke verfaßte, in denen er ein Vorgehen gegen seine Verfolger durch gesetzliche Maßnahmen verlangte, läßt sich nicht als Gegenbeweis gegen unsere Auffassung verwerten, da P. auch, während er diese Eingaben verfertigte, in seinem übrigen Benehmen durchaus den seinen Verfolgungsideen entsprechenden Affekt vermissen ließ. Vielmehr läßt sich dieses Verhalten sehr gut im Sinne einer Simulation deuten, da dies der sicherste Weg für ihn war, seine Krankheitserscheinungen recht zur Geltung zu bringen. Und tatsächlich erfolgen seine Eingaben auch nur dann, wenn es Wert für ihn hat, für geisteskrank gehalten zu werden. Damit steht auch m Einklange, daß er, wie jetzt bei uns, so auch bei früheren Anstaltsaufenthalten, falls es nützlich schien, stets das Bestreben zeigte, seine Krankheitserscheinungen möglichst zur Kenntnis der Ärzte zu bringen und bei jeder Gelegenheit die Aufmerksamkeit darauf zu lenken. Dahin gehört auch die Geschicklichkeit, mit der er bei jeder Verhaftung, auch meist bei Krankenhausaufnahmen, seine Irrenanstaltsaufenthalte auszuspielen wußte. Ja er entschuldigt direkt die Zechprellereien mit seinen Beeinflussungen, indem er sich als unter fremdem Einflusse stehend für nicht zurechnungsfähig erklärt, obschon er stets die Behauptung aufrechterhält, nicht geisteskrank zu sein, es nur für seinen ersten Anstaltsaufenthalt unter Einschränkung zugibt. Und dabei hat er immer wieder mit allen Mitteln seine Aufnahme in den Anstalten zu erreichen gesucht, einmal sogar, indem er mit Selbsthilfe drohte, also anscheinend den Eindruck der Gemeingefährlichkeit erwecken wollte. Daß er zu solchen Dingen die nö igen Kenntnisse besaß, das zeigt ein Brief den er im Interesse seiner Aufnahme an einen Anstaltsarzt geschrieben und in dem er sich bis in das kleinste in den Bestimmungen der Anstalt bewandert erweist. Auch auf medizinischem Gebiete hat er sich im Laufe der Jahre eine Unzahl von Fachausdrücken angeeignet, die er geschickt verwendet, und mit Hilfe deren er mehrfach seine Krankheit geschildert hat. Aber abgesehen von den technischen Ausdrücken verfährt er dabei ganz so, wie Laien sich Geisteskrankheiten vorzustellen pflegen, und nimmt auch in dem an seinen Bruder gerichteten Briefe, wo er noch unter Beeinflussungen zu leiden vorgibt, eine so über der Krankheit stehende Stellung ein, wie sie bei einem wirklich Geisteskranken unmöglich wäre. Unserer Auffassung entsprechen gleichfalls die Beeinflussungsideen, die in ihrer Unbestimmtheit und Einfachheit auch ohne allzu viel Phantasie sich leicht aufbringen ließen, und die in ihrer ganzen Art genau dem gleichen, was Laien sich im allgemeinen unter Verfolgungswahn vorzustellen pflegen. Zu diesem konstantesten und Hauptsymptome treten noch verschiedene andere Erscheinungen hinzu, wie die Anfälle von Bewußtseinsverlust, die Platzangst, die Gesichtstäuschun-

gen, der Erregungszustand, das Elektrisiertwerden usf., die im einzelnen ganz so geschildert werden, wie man sie auch bei wirklich Geisteskranken antrifft, die aber in dem von ihm angegebenen Zusammenhange niemals gefunden werden. Seine langen Anstaltsaufenthalte werden ihm Gelegenheit gegeben haben, diese Dinge in Wirklichkeit zu studieren, zumal auch einzelnes erst allmählich im Lauf der Jahre in seinen Äußerungen auftritt. Besonders charakteristisch in dieser Hinsicht ist seine Angabe bei der hiesigen Untersuchung, daß bei ihm die Kniesehnenreflexe fehlten, ein Symptom, das bei gewissen Geisteskrankheiten regelmäßig auftritt, das aber niemals im Verein mit den von ihm vorgebrachten Erscheinungen angetroffen wird. Tatsächlich machte er auch den Versuch, durch Anspannen der Beinmuskulatur dieses Symptom vorzutäuschen, und als es durch Ablenken der Aufmerksamkeit doch gelang, die Reflexe auszulösen, tat er sehr erfreut und begrüßte dies als Zeichen einer beginnenden Genesung, obwohl er sonst von einer Erkrankung gar nichts wissen wollte, sondern nur von Beeinflussungen sprach. Wenn also ein Teil der angegebenen Erscheinungen sicherlich nicht auf Wahrheit beruht, so ist es doch bei einem Teil derselben nicht unmöglich, daß sie sich auf wirkliche Erlebnisse gründen. So haben wir oben die Möglichkeit zugeben müssen, daß es sich bei dem erwähnten Erregungszustand um ein hysterisches Delirium gehandelt haben könnte Weiterhin ist es nicht ausgeschlossen, daß z. B. die Gesichtstäuschungen gelegentliche wirkliche Erlebnisse sind, die er später geschickt wieder zu verwenden wußte; denn bei so schweren Trinkern, wie P. einer ist, werden vereinzelte Sinnestäuschungen nicht allzuselten beobachtet. Kommen wir somit zu der Ansicht, daß es sich bei dem P. nicht um einen geisteskranken Menschen handelt, so ist immerhin die Tatsache auffällig, daß er immer wieder aus freien Stücken die Irrenanstalt aufsuchte, ja alle möglichen Kräfte anwandte, nur um in die Anstalten hineinzukommen, und daß er sich nur mit Mühe wieder daraus vertreiben ließ. Aber wenn auch im allgemeinen die Erfahrung zu recht besteht, daß, wer selbst in die Irrenanstalt verlangt, auch hinein gehört, so liegt hier die Sache insofern anders, als P. vollkommen unfähig war, sich draußen eine erträgliche Existenz zu schaffen, und sich nur kümmerlich am Leben erhielt, auch mehrfach ins Gefängnis gewandert wäre, hätte man ihn für zurechnungsfähig gehalten. In der Irrenanstalt dagegen hatte er ein bequemes Leben mit allen Annehmlichkeiten, ohne sich dafür irgendwie bemühen zu müssen. Unter diesen Umständen ist es wohl verständlich, daß ihm die geringen Freiheitsbeschränkungen der Anstalt als das kleinere Übel erschienen, zumal er es stets verstand, sich auch hier möglichst viel Freiheit zu sichern.

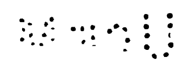
Fassen wir das bisher Gesagte zusammen, so kommen wir zu dem Schlusse, daß es sich bei den von P. geäußerten Beeinflussungsvorstellungen nicht um eine Geisteskrankheit gehandelt haben kann, sondern daß Simulation vorliegt. Noch ein Punkt bedarf aber der Aufklärung,

nämlich, ob sich P. nicht bei der Ausführung seiner Vergehen unter der Einwirkung des Alkohols befunden habe. Er hat früher einmal angegeben, daß er nur einfache Gasthäuser aufsuche, in denen er mit seiner Barschaft auskomme, daß er aber unter dem Einfluß des getrunkenen Alkoholes so weiter zeche, daß er am nächsten Tage zur Bezahlung seiner Schulden unfähig sei. Für das zweite Delikt in H. fällt diese Auffassung sogleich hinweg, da sich P. damals 8 Tage lang im Bette liegend verpflegen ließ und während dieser Zeit nur in sehr mäßigen Mengen Alkohol zu sich nahm. Sein ganzes Verhalten dort erscheint überhaupt so merkwürdig, daß der Verdacht nicht von der Hand zu weisen ist, daß er damit nur beabsichtigte, den Eindruck des Krankhaften zu erwecken und die Einweisung in eine Irrenanstalt zu erreichen, zumal er schon wegen des Vergehens in B. gerichtlich verfolgt wurde. Für diesen letzteren Fall wäre an und für sich die Annahme diskutabel, daß er nur unter Alkoholeinwirkung zu der strafbaren Handlung gekommen sei. Dagegen spricht vor allem, daß P. sich das gleiche Delikt schon so häufig hat zuschulden kommen lassen und zwar zweifellos nicht nur in betrunkenem Zustande, ja daß er in früheren Jahren einmal längere Zeit nur davon gelebt hatte. Irgendwelche Anzeichen, daß es sich damals um einen pathologischen Rausch gehandelt hätte, sind nicht vorhanden. Auch bei den übrigen Schilderungen von Rauschzuständen des P., die uns in den Anstaltsjournalen reichlich zur Verfügung stehen, findet sich nichts, was sich mit Sicherheit in diesem Sinne deuten ließe, wenn auch zugegeben werden muß, daß er mehrfach im Rauschzustande Exzesse beging. Eine besondere Intoleranz gegenüber dem Alkohol ist aber bei den ungeheueren Mengen, die er häufig getrunken hat, sicher nicht vorhanden.

Nach Berücksichtigung der angeführten Tatsachen kommen wir zu dem Gutachten, daß es sich bei dem P. zwar um einen degenerierten und minderwertigen Menschen handelt, daß er sich aber bei den ihm zur Last gelegten Delikten im August und September dieses Jahres nicht in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Wir befinden uns damit ganz im Einklange mit der Auffassung, die die Direktionen der Anstalten G. und K. auf Grund längerer Beobachtung gewonnen haben.

P. wurde am 16. Januar 1907 vom Schöffengericht H. zu einer Gefängnisstrafe von 3 Monaten — abzüglich der Untersuchungshaft von 2 Monaten — verurteilt. Er büßte seine Strafe in R. vom 18. Januar bis 16. Februar ab. Aus den Akten ist zu ersehen, daß er sich dort geordnet verhielt und am 16. Februar 1907 entlassen wurde. Was seither aus ihm geworden ist, entzieht sich unserer Kenntnis.

Die oben mitgeteilten zwei Fälle beweisen wohl mit genügender Klarheit das Vorkommen bewußter und raffinierter Simulation zum



Zweck, sich einen Vorteil zu erringen. Beidemal handelt es sich um nicht geisteskranke, aber degenerierte Personen, denen der Gedanke, eine Psychose zu simulieren, teils durch ihre Lebensschicksale (Fall P.), teils durch zufällige Einflüsse nahegelegt wurde.

Im Falle G. sehen wir den jugendlichen Verbrecher den Plan zur Simulation geistiger Störung zu einer Zeit fassen, als er in der harten Strafhaft zufällig erfährt, daß man die Einrichtung des milderen Strafvollzugs für psychisch abnorme Verbrecher schaffe. Die Art, wie er bei seinen Täuschungsversuchen vorging, entspringt den Laienmeinungen über das Gebahren Geisteskranker, anschaulich schildert er selbst, wie er zur Simulation des Verfolgungs- und Größenwahns kam; die Lebhaftigkeit seiner Phantasieprodukte hat ihre hauptsächlichste Ursache in der angeborenen Neigung und Begabung des degenerierten Burschen zum Schwindel und Betrug, in der „Labilität seines Persönlichkeitsbewußtseins", wenn man diesen Ausdruck auch hier an der Grenze des Normalen anwenden will. Vielleicht mag auch er manchmal vorübergehend selbst nicht mehr gewußt haben, was bei seinen romanhaften Schilderungen Wahrheit und Dichtung ist; trotzdem wäre es verfehlt, wollte man hier von hysterischer oder degenerativer Psychose reden. Lag doch dem ganzen Vorgehen ein wohlüberlegter, nie aus dem Auge verlorener Zweck zugrunde, den er ja auch völlig erreicht hat.

Fall P. ist deshalb von besonderem Interesse, weil wir den Versuch eines intellektuellen Menschen vor uns haben, seine in Irrenanstalten und auch bei vorübergehender eigener alkoholischer Psychose gewonnenen Erfahrungen und Kenntnisse für die Simulation zu verwerten. So brachte er ein Krankheitsbild zusammen, das mit der Paranoia eine gewisse, wenn auch freilich nur entfernte Ähnlichkeit hatte, und das auch bei einzelnen Psychiatern Annahme fand. Die Motive seines Handelns sind ganz verschiedener Art: einmal die Absicht, sich, wenn er bei seinen Zechprellereien ertappt war, Straffreiheit zu verschaffen, ferner aber — und hier kommt die degenerative Persönlichkeit deutlich zutage — der Plan, sich in der Irrenanstalt ein behagliches Leben ohne Arbeit zu verschaffen. Seine Arbeitsscheu war stärker als die natürliche Scheu des gesunden Menschen vor der Versorgung in der Irrenanstalt. Freilich verstand er es meisterhaft, sich seinen Aufenthalt in der Anstalt allmählich so zu gestalten, daß

ihm an Bequemlichkeit nichts abging, ja daß er selbst Wein und Weib nicht zu entbehren brauchte. Es ist nicht ohne Humor, zu sehen, wie die Humanität unseres modernen Irrenanstaltswesens es dahin bringt, daß der arbeitsscheue Alkoholist, selbst wenn er nicht der niedersten Schicht der schwachsinnigen Vagabunden angehört, in der Irrenanstalt den behaglichsten Ort erblickt, um seine Tage in Muße und Vergnüglichkeit zu verbringen. Ungewollte Wirkungen, die unserem Anstaltswesen aber vielleicht trotzdem zur Ehre gereichen!

Literaturverzeichnis.

1. *Bonhöffer, K.*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle a. S., Verlag von K. Marhold, 1907.
2. *Bresler, J.*, Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie, Halle a. S., Verlag von K. Marhold, 1904.
3. *Cramer, R.*, Gerichtliche Psychiatrie. Jena, Verlag von G. Fischer, 1903.
4. *Delbrück, A.*, Die pathologische Lüge und die psychisch abnormen Schwindler.
5. *Hoche, A.*, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin, Verlag von Aug. Hirschwald, 1901.
6. *Kraepelin, E.*, Psychiatrie Band I, Leipzig, Verlag von J. Ambr. Barth, 1903.
7. *von Krafft-Ebing, R.*, Gerichtliche Psychopathologie, Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1900.
8. *Penta, P.*, Die Simulation von Geisteskrankheit, Würzburg, A. Stubers Verlag, 1906.
9. *Raimann, E.*, Simulation von Geistesstörung, Wien, Verlag von M. Perles, 1907.
10. *Seifert, E.*, Die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle a. S., Verlag v. K. Marhold, 1907.
11. *Sommer, R.*, Kriminalpsychologie. Leipzig, Verlag von J. Ambr. Barth 1904.

Einteilung der Homosexuellen.

Von

Medizinalrat Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Schon seit Jahren beschäftige ich mich auch mit Sexualpsycho- und -pathologie, da beide vielfache Beziehungen zur Irrenheilkunde haben. Eine lange Reihe hierher gehöriger größerer oder kleinerer Arbeiten ward von mir bereits veröffentlicht. So im Jahre 1899 eine große Studie über „die sexuellen Perversitäten in der Irrenanstalt“, die größte darauf bezügliche statistisch-kritische Arbeit; und später die über „Probleme auf dem Gebiete der Homosexualität“ [2]).

Gerade die Irrenanstalt bietet für sexualpathologische Untersuchungen ein reiches Feld, das leider noch wenig bebaut ist. Den wenigsten ist ja noch die ungeheure Rolle des Sexuellen schon im gewöhnlichen Leben in Fleisch und Blut übergegangen. Über seine Bedeutung als Shoc für Nerven- und Geisteskrankheiten ist man erst seit nicht allzu langer Zeit klarer geworden. Seine große Rolle in der Ätiologie von Hysterie, Zwangsneurosen usw. schilderte zuerst *Freud*, wenn er sie sicher auch überschätzte. Neuerdings wurde sie für die Dementia praecox, gewisse Fälle von manisch-depressiven Irresein (*O. Gross*) und das sogenannte nuptiale Irresein in Anspruch genommen, früher schon bei verschiedenen Psychosen, ganz abgesehen von den Fällen, wo bestimmte Phasen des Geschlechtslebens, wie Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Laktation, Klimakterium, bei Männern Pubertät und Senium, Ausgangspunkte für Irresein abgeben. Durch das Intermedium der Syphilis usw. kann bekanntlich das Sexuelle gleichfalls wirken.

---

[1]) Wiener klin. Rundschau Nr. 27—30. 1899.

[2]) Diese Zeitschrift Bd. 59 (1902) S. 805 f.

Aber auch da, wo es nicht direkt oder indirekt in die Ätiologie mit eingreift, hört bei Psychosen sein Einfluß noch nicht auf. Es färbt dieselben oft eigentümlich, veranlaßt Erregungen usw. Man hat endlich alle möglichen sexuellen Abweichungen bei Geisteskranken gefunden, die zum großen Teile bei ihnen vorher nicht bestanden und sicher ihre psychologische Begründung haben, die auf ähnliche Anomalien bei sogenannten Normalen ein aufklärendes Licht werfen können. So habe ich denn mein Material zu verschiedenen derartigen Untersuchungen benutzt[1]) und glaube dabei manches Interessante gefunden zu haben, das auch für die Sexualpsychologie von Wert sein könnte. Immer mehr nämlich hat man einsehen gelernt, daß gerade die Pathologie uns die Erklärung gewisser psychologischer Tatsachen des gesunden Lebens näher bringen kann als die Betrachtung des normalen Ablaufs selbst. Es ist ein besonderes Verdienst von *Stoerring*[2]), diese Wichtigkeit der Pathologie für die Psychologie mit Nachdruck und Glück neuerdings wieder hervorgehoben zu haben.

Besonders gern — und meine meisten Studien des sexuellen Lebens drehen sich darum — habe ich die Homosexualität untersucht, die merkwürdigerweise in den deutschen Irrenanstalten außerordentlich selten auftritt, so auch in Hubertusburg. Das bestärkt mich einigermaßen in der Ansicht, daß die Inversion in den unteren Volksschichten, denen doch die meisten unserer Kranken angehören, viel seltener ist als in den mittleren und oberen Schichten, obgleich es Autoren gibt, die das bestreiten.

An dieser Stelle möchte ich nun eine Frage behandeln, die noch sehr strittig ist und eins der vielen Probleme der Homosexualität bildet. Ich meine nämlich die Frage nach der Einteilung der Urninge. Es sei mir gestattet, als Einleitung einige allgemeine Sätze vorauszuschicken, damit das Thema nicht ganz in der Luft zu schweben scheint. Hierbei ist es freilich nicht ganz zu umgehen, daß ich des

---

[1]) *Näcke*, Der Kuß bei Geisteskranken. Diese Zeitschrift Bd. 63 (1906); Einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen. V. Jahrg. (1903) Bd. 1; Einige psychiatrische Erfahrungen als Stütze für die Lehre von der bisexuellen Anlage des Menschen. Ibidem, VIII. Jahrg. (1906) S. 583.

[2]) *Stoerring*, Vorlesungen über Psychopathologie usw. Leipzig 1900.

Zusammenhanges halber manches einfach wiederhole, was ich schon einmal in dieser Zeitschrift (Bd. 59, S. 805 f.) sagte. In einigen anderen Punkten bin ich jetzt, nach fünf Jahren, etwas anderer Ansicht geworden, was gleichfalls das Zurückkommen auf früher Gesagtes nötig macht.

Jedes Zeitalter hat seine Lieblings-, seine Modethemen. So wird jetzt seit etwa zwei Dezennien, und zwar in immer größerem Umfange, das Kapitel der gleichgeschlechtlichen Liebe, der Homosexualität, des Uranismus oder des konträren Sexualgefühls in wissenschaftlichen und noch mehr in populären Darstellungen abgehandelt. Jeder, der nur einmal einen Urning sah, glaubt sich berufen, in dieser schwierigen Materie mitzusprechen, und doch sind der wirklichen Kenner der Homosexualität in Deutschland auffallend wenige, kaum vielleicht ein Dutzend![1]) Mitreden kann ja hier wie in jeder wissenschaftlichen Disziplin nur derjenige, der erstens eine große persönliche Erfahrung gewonnen hat und zweitens die darüber bestehende Literatur möglichst vollständig kennt. Gerade diese zwei Bedingungen fehlen jedoch den meisten Schriftstellern über das Urningtum! Hier kommt aber bezüglich der ersten Bedingung noch eine ganz besondere Erschwernis hinzu. Eine Reihe von Ärzten, besonders aber von Nervenärzten, viel seltener Irrenärzten, sehen in der Sprechstunde Homosexuelle, die hier Hilfe suchen. Ebenso kommen den Gerichtsärzten in ihrer forensen Praxis Urninge bisweilen vor. Auch der eine oder andere Irrenarzt wird wohl einmal zu einem Gutachten in einem Prozesse wegen des § 175 veranlaßt. Deshalb sind diese Ärzte aber noch lange nicht befugt, ex cathedra über die gleichgeschlechtliche Liebe als solche zu sprechen und zu schreiben, wie es leider so oft geschieht. Sie haben vor sich eben meist nur die pathologischen Individuen gehabt, nicht die Hauptmasse der Invertierten, die den Arzt nicht oder wenigstens nicht häufiger aufsuchen als die Hetero-

[1]) In den übrigen Ländern sieht es mit den echten Sachkennern noch viel trauriger aus. In romanischen Ländern ist niemand, außer Dr. *Laupts* und *Raffalovich* in Frankreich (letzterer jetzt in Schottland), in England Dr. *Havelock Ellis*, in Holland *Aletrino* und *von Roemer*. In Amerika und Rußland ist kaum ein wirklicher Kenner vorhanden, in ersterem Lande vielleicht am ehesten noch *Kiernan*.



sexuellen. Kein Arzt wird wohl so töricht sein, eine Anthropologie auf Grund der ihn konsultierenden abnormen oder kranken Personen schreiben zu wollen, und ein Gleiches hat auch von der Homosexualität zu gelten. Selbst der wissenschaftliche Begründer der Sexualpathologie, *v. Krafft-Ebing*, hat wahrscheinlich fast nur pathologische Urninge in seiner Sprechstunde gesehen; daher war er zum Teil anfangs zu verkehrten Ansichten gelangt, die er aber zuletzt meist korrigierte, offenbar, weil er nun auch Urninge außerhalb seines Sprechzimmers gesehen hatte.

Für uns gelten also nur die Meinungen und Ergebnisse der wenigen Sachkenner, die es zurzeit gibt, Ergebnisse, die freilich den Ansichten der großen Masse vielfach widersprechen. Ich selbst brauche mich hierbei auch durchaus nicht nur auf jene Autoren zu berufen, da ich, wenn auch nur flüchtig, Hunderte von Urningen draußen sah [1]) und einige später näher kennen lernte. Die jetzt mehr oder weniger feststehenden Sätze sind nun folgende.

Die Homosexualität hat zu allen Zeiten und überall bestanden und wird sehr wahrscheinlich auch stets bestehen. Bei Tieren ist sie mit Sicherheit nicht nachgewiesen, immerhin aber möglich. Die Häufigkeit ist sehr schwer feststellbar und offenbar nach Rassen, Zeiten, Orten, Berufen usw. verschieden. Nach *Hirschfelds* — des zurzeit besten Kenners dieser Abnormität — Ergebnissen scheint sie in viel höherem Maße zu existieren als man bisher glaubte. Für Berlin fand er das Verhältnis von etwa 1 bis 2 % Homosexueller, einschließlich der Bisexuellen, die die Hauptmasse bilden. Sie ist kein Laster, sondern vielleicht sogar eine normale und seltenere Abart der Libido, sehr wahrscheinlich an sich aber nicht pathologisch, wie denn bis jetzt im allgemeinen nicht mehr Entartete aller Art und nicht mehr Degenerationszeichen unter ihnen gefunden wurden als bei den Heterosexuellen. Höchstens ist sie eine Abnormität und kaum ein Stigma zu nennen. Auch die eigentliche Vererbung scheint eine sehr geringe zu sein (nur *v. Römer* gibt gegenteilige Ergebnisse an). Erbliche Belastung ist dagegen vielleicht eine größere als sonst. Sie ist scheinbar stets angeboren und erscheint nicht selten ziemlich früh, doch gibt es auch

[1]) *Näcke*, Ein Besuch bei den Homosexuellen in Berlin. Archiv für Kriminalanthropologie usw. Bd. 15 (1907).

tardive Fälle, wie *v. Krafft-Ebing* sie zuerst aufstellte, die aber nicht erworben sind, sondern mindestens eine angeborene Veranlagung voraussetzen. Verführung und Onanie haben, sehr wahrscheinlich wenigstens, nie einen Urning erzeugt; es gehört dazu stets eine angeborene Disposition. Der Ursprung ist dunkel [1]), doch spielt hierbei jedenfalls die sicher bestehende anatomische und psychische bisexuelle Anlage des Menschen eine Hauptrolle [2]). Es gibt sehr verschiedene Grade der Inversion. Wo dieselbe sehr früh auftritt, dürfte jede Therapie hoffnungslos sein, und bleibende Resultate sind hier bis jetzt noch nicht sicher nachgewiesen worden. Anders bei der später auftretenden Form, bei schwächerer Ausprägung und bei Bestehen von Bisexualität, d. h. also Bestehen von Homo- und Heterosexualität in einer und derselben Person.

Diese wenigen Sätze mögen hier genügen. Schon oben wurde gesagt, daß man viel von „erworbenen" Fällen von Homosexualität sprach, andererseits aber von „echten", die den vorübergehenden gleichgeschlechtlichen Praktiken oft entgegengesetzt werden. Von diesen Fällen von „Pseudo-Homosexualität" wären noch gewisse Arten von mutueller Onanie abzutrennen. Vor allem gilt es aber erst die richtige Definition von Homosexualität zu geben. Hierbezüglich sagte ich in meiner angeführten Arbeit im VIII. Jahrgange des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen, S. 601, folgendes: „.... jede Empfindung, die beim Anblick oder Berühren einer gleichgeschlechtlichen Person sexuell gefärbt auftritt, mag sie nun zu irgendwelchen geschlechtlichen Betätigungen führen oder nicht, (ist) eine homosexuelle [3]), auch wenn sie nur

[1]) Siehe hierüber außer bei *Iwan Bloch* (das Sexualleben unserer Zeit, 1908, 4.—6. Aufl.) auch meine große Arbeit: Über Kontrastträume und speziell sexuelle Kontrastträume, Archiv für Kriminalanthropologie usw. Bd. 28, S. 1 f.

[2]) Es scheint die Homosexualität eine Vorstufe der Heterosexualität gewesen zu sein, folglich älter und eine gewisse Entwicklungshemmung darstellend, die an sich aber noch nicht genügt, den Homosexuellen ohne weiteres für einen pathologischen, minderwertigen Menschen zu halten. Man könnte auch wohl von einem Atavismus reden, wenn man nicht mit der Handhabung dieses Wortes sehr vorsichtig sein müßte.

[3]) Im Texte nicht gesperrt gedruckt!

periodisch auftritt". Die „sexuelle Färbung" selbst kann rein platonisch sein, meist aber ist sie sinnlich und drängt unter orgastischen Gefühlen zu mehr oder weniger innigen Körperberührungen, zum Kusse und gewöhnlich auch zu gegenseitiger Onanie, viel seltener (etwa in 8% aller Fälle) zu wirklicher Päderastie, d. h. coitus in anum. „Ich mache", fuhr ich dann a. a. O. fort, „also prinzipiell keinen Unterschied zwischen sogenannter „echter Homosexualität" einer- und bloßen homosexuellen Handlungen andererseits, die also den „unechten" Fällen beizuzählen wären." Damit haben wir einen festen Boden gewonnen. Wir nennen nunmehr alles, was bei Berührung oder im Verkehre mit einer Person des gleichen Geschlechts geschlechtlich befriedigt, homosexuell, und alle Bezeichnungen, wie „echte, unechte" Homosexualität usw., werden dadurch überflüssig, ebenso die Unterscheidung von Perversion und Perversität. Alles ist dann eben nur Perversion.

Wollen wir nun die Urninge selbst in gewisse Klassen bringen, so bieten sich mehrere Einteilungsprinzipien dar. Wir könnten z. B. nach der Art der geschlechtlichen Befriedigung klassifizieren, doch brächte das keinen Gewinn, da fast alle Modalitäten des Vorgehens sich auch bei den Heterosexuellen finden. Es gibt also ebensogut homosexuelle wie heterosexuelle Fetischisten, Sadisten, Masochisten usw. in allen Schattierungen. Höchstens könnten wir hier wie dort die zwei großen Gruppen aufstellen, die rein Platonischen und die Sinnlichen, obgleich von vielen, auch von mir, das wirkliche Bestehen des reinen Platonismus sehr stark bezweifelt wird. Jedenfalls bieten Homo- und Heterosexualität alle möglichen Stärkegrade dar, doch scheint es beinahe, allerdings bisher ohne zwingende Beweise, daß die gleichgeschlechtliche Libido stärker und — was damit fast immer verbunden ist — früher auftritt[1]) als die andersgeschlechtliche, so

[1]) Während aber scheinbar die heterosexuelle Libido um so eher aufzuhören pflegt — cet. par. —, je früher sie einsetzte, scheint dies bei der homosexuellen nicht der Fall zu sein. Ja, wir wissen überhaupt noch nicht, wie lange die durchschnittliche Dauer der gleichgeschlechtlichen Libido währt.

daß scheinbar sexuelle Abstinenz bei Urningen seltener zu beobachten ist als bei den andern. Ja es kann bis zu wirklichen Zwangsimpulsen kommen, ebenso wie bei den andern, was dann schon sehr das pathologische Gebiet streift. Aus diesen Gründen finden sich gewiß relativ häufiger Notzuchtsattentate bei den Invertierten.

Ein anderes Einteilungsprinzip wäre dann das ätiologische. Dies fällt aber schon deshalb weg, weil wir über die Ätiologie der Homosexualität als solcher noch nichts Sicheres wissen, nur Hypothesen zurzeit darüber aufstellen können [1]). Über die Aetiologie der Abarten läßt sich dann natürlich erst recht nichts Gültiges aussagen.

Eine weitere Einteilung wäre noch die klinische, doch fehlt uns hierzu noch sehr viel Erfahrung, da gewisse Abarten hierbezüglich noch recht wenig studiert sind.

Bleibt uns nur noch eine letzte Möglichkeit: die chronologische Gruppierung, d. h. die nach Zeit des ersten Auftretens und der Dauer, welche mir noch als die gangbarste erscheint und die ich daher hier näher begründen will, nachdem ich sie in meiner Arbeit im VIII. Jahrgange des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen schon auf S. 601 kurz und nur ungenügend skizziert hatte.

Vorab aber können wir die große homosexuelle Familie einteilen in rein Homosexuelle und in Bisexuelle. Letztere bilden darunter weitaus die Hauptmasse, ohne daß wir das gegenseitige Verhältnis genau kennen; vielleicht ist dies auch nach Art, Zeit, Rasse usw. verschieden. Bisexuelle sind bekanntlich solche, die sowohl zum eigenen als auch zum fremden Geschlechte sexuell sich hingezogen fühlen, und das nicht nur in verschiedenem Stärkeverhältnis, sondern auch eventuell in verschiedenen Zeitfolgen. Diese beiden Neigungen können nämlich entweder gleichzeitig nebeneinander laufen, oder es überwiegt oder herrscht allein während gewisser Zeit die homosexuelle Komponente, um dann ebenso der heterosexuellen Platz zu machen. Einen solchen Fall lernte ich vor nicht zu langer Zeit kennen. Ob diese beiden Arten die einzigen sind, wissen wir nicht, ebensowenig, wie die Periodizität verläuft, ob die Stärke der einzelnen Komponenten stets gleich bleibt usw. A priori müßte man ferner annehmen, es wären hier Personen mit femininem Typus seltener als bei den eigent-

[1]) Siehe hierüber besonders meine schon zitierte Arbeit: Über Kontrastträume usw. Archiv für Kriminalanthropologie usw. Bd. 15 (1907), S. 13f.

lichen Homosexuellen. Doch kommen solche sicher vor, wie z. B. der Fall, den ich sah, daran erinnerte. Von der Stärke und der Andauer des homosexuellen Anteils wird es dann abhängen, ob eine psychische Therapie durch Hypnose, Wachsuggestion usw. Erfolg verspricht oder nicht. Die beiden erwähnten Gruppen lassen sich weiter, ganz wie die Heterosexuellen auch, in die Platonischen und Sinnlichen einteilen, was wir oben schon erwähnten.

Das wäre das Allgemeine. Jetzt setzt nun unsere chronologische Klassifizierung ein.

Jede der obigen Kategorien zerfällt nämlich in 1. die sehr früh und 2. die erst später auftretenden Fälle. Letztere kann man wieder in zwei Untergruppen bringen, je nachdem das konträre Sexualgefühl sich etwa um die Zeit der Geschlechtsreife oder erst im Mannes(eventuell gar Greisen-)alter kundgibt. Die zwei Untergruppen sind endlich entweder temporäre, periodische oder bleibende Varietäten. Die ganz früh sich zeigenden Inversionen scheinen dagegen keine weiteren Untergruppen zu bilden.

Das Schema also würde etwa so ausfallen:

Homosexuelle.

I.
Homosexuelle im engeren Sinne.
(Platonische [?] oder Sinnliche)

1) sehr früh sich zeigende Fälle.
2) später auftretende Fälle.

a) z. Z. der Geschlechtsreife.
b) im spätern Mannes- resp. Greisenalter.

α) temporär. β) periodisch. γ) kontinuierlich

II.
Bisexuelle.
(Platonische [?][1] oder Sinnliche)

1) sehr früh sich zeigende Fälle.
2) später auftretende Fälle.

a) z. Z. der Geschlechtsreife.
b) im spätern Mannes- resp. Greisenalter.

α) temporär. β) periodisch. γ) kontinuierlich.

[1]) Dieser Fall scheint mir hiernach noch fraglicher zu sein als bei der alleinigen Homosexualität.

Wir haben damit wohl die Hauptmöglichkeiten erschöpft, und es erübrigt noch die einzelnen Klassen hier kurz zu schildern.

Wir hätten also die schon früh sich zeigenden Fälle von Inversion zunächst zu betrachten. Es sind dies solche, welche *Hirschfeld* seinerzeit so meisterhaft in seiner Arbeit über das „urnische Kind“ [1]) schilderte. Bei einer kleinen Reihe von Urningen nämlich gelingt es, die gleichgeschlechtliche Anziehung bis in das frühe Kindesalter zurückzuverfolgen. In dem Alter, wo die Jungen noch gern mit Mädchen spielen, hält sich der angehende Urning auffällig zu den Knaben, aber auch zu Erwachsenen seines Geschlechts, während ihn die Mädchen und die weiblichen Erwachsenen instinktiv abstoßen. Nur zur Mutter zieht es ihn hin, wie auch sie ja später im allgemeinen eher ein Verständnis für das merkwürdige Naturspiel der Inversion gewinnt als der Vater, daher auch ihrem Sohne leichter verzeiht als jener, ja das abnorme Wesen ihres Kindes auch noch eher und schneller erkennt, selbst wenn sie in ihrem Leben nie etwas von Urningtum gehört hat. Der Junge ist weich gestimmt, sehr mitleidig, nähert sich überhaupt mehr dem Charakter der Mädchen, daher auch die Mädchenspiele aller Art, auch das Nähen, Stricken usw. ihm sympathisch sind. Auf der Schule hält er sich von den meisten seiner Schulkameraden möglichst abseits, begreift immer weniger ihre Neigungen, Spiele, Witze usw. und fühlt sich davon abgestoßen, während er für den einen oder andern Jungen eine wunderbare Sympathie fühlt, die ihn — um mich einmal römisch auszusprechen — zu seinem devoten Klienten macht; er ist „von seinem Gruß beglückt“ und sucht ihm möglichst körperlich nahe zu sein, womöglich ihn zu küssen, später mit ihm das Bett zu teilen, bis es einmal zur mutuellen Onanie kommt, für ihn die höchste Wonne. Dabei ist es ziemlich irrelevant, ob er seinen Angebeteten einmal nackt gesehen hat oder nicht, ob er etwa von ihm einmal auf die nackten Nates geschlagen oder gestreichelt wurde usw. oder nicht. Beweis genug, daß in solchen frühen Fällen die psychologische Theorie der Inversion keine oder nur eine sehr bedingte Geltung besitzt, auch später keine große Rolle spielt. Haupt-

[1]) 1. Kapitel aus seiner großen Untersuchung: Ursachen und Wesen des Uranismus. Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen usw. V. Jahrg., 1. Bd. S. 47 f.

sache ist und bleibt immer das Angeborene oder richtiger gesagt: das Eingeborene und die Stärke desselben. Ist die gleichgeschlechtliche Neigung sehr stark, so genügt zur Auslösung irgendeiner der ubiquitären Anlässe des täglichen Lebens: ein schönes Gesicht, sympathische Stimme, das Sehen nackter Körperteile beim Turnen, Baden, Klettern usw. Diese Sympathie ist anfangs dem Invertierten völlig ein Rätsel. Er fühlt nur, daß er ein anderer ist als die Kameraden. Erst mit Einsetzen der Pubertät wird der Trieb stärker und allmählich bewußter. Freilich dauert es bei vielen lange und bedarf oft eines Zufalls: der Lektüre, des Zusammentreffens mit einem Homosexuellen usw., um volle Klarheit über die abnormen Gefühle zu bekommen. Diese weichen, mädchenhaften Knaben sind artig, wohlerzogen, gute und folgsame Schüler, daher bei Lehrern und Geistlichen wohlgelitten. Da sie ferner früh schon altruistisch sich zeigen, gern trösten und helfen, so fühlen sie sich oft genug zum Berufe eines katholischen Geistlichen — wenn sie katholisch sind — hingezogen, um so mehr, als sie instinktiv zum künftigen Zölibate neigen. Oder sie gehen später ins Kloster. Daher kommt es, wie mir ein gelehrter homosexueller katholischer Geistlicher einst sagte, daß erstens gerade unter den Geistlichen relativ so viele Urninge sind, denen gegenüber die Kirche sich merkwürdig tolerant zeigt, und zweitens ihnen das Zölibat so leicht fällt.

Diese früh schon auftretenden Fälle von Inversion sind jedoch allem Anscheine nach nur die Minorität. Gerade hier hat aber noch weitere Erfahrung einzusetzen, und die genaueste Anamnese frühester Bewußtseinszustände von möglichst vielen Urningen wäre durchaus zur Ausfüllung dieser Lücke nötig. Es scheint ferner auch, als ob diese hierher gehörigen Fälle gewöhnlich dem femininen Typus angehören, wie es ja auch oben geschildert ward. Dieser Punkt bleibt ebenfalls für spätere Untersuchungen offen.

Die meisten Urninge fühlen und zeigen sich aber als solche, wie ich glaube, erst später, und zwar am häufigsten um die Pubertätszeit herum. Bis dahin sieht man es den Jungen nicht oder kaum an, daß sie später Invertierte werden. Anthropologisch von den andern

nicht oder kaum verschieden, machen sie alle Phasen und Dummheiten des Knabenalters durch, sind nicht selten die Tollsten bei den Kampfspielen, Streitigkeiten und haben nicht mehr Freundschaften mit andern, als sonst üblich ist. Nur erst, wenn jene kritische Zeit herannaht, erhält die Freundschaft für den einen oder andern Mitgenossen eine wärmere Färbung, und der Drang, auch körperliche Berührungen mit dem Freunde zu suchen, wird, zunächst unbewußt, immer stärker. Es sind das die Jahre, wo der normale Junge, nachdem er schon seit einigen Jahren sich geschämt hat, mit den „Mädels" zu spielen, anfängt, sich wieder den letzteren zu nähern, aber jetzt nicht mehr, um mit ihnen harmlos zu spielen, sondern um sie zu „poussieren", wozu Bälle, Picknicks, Schlittschuhlaufen usw. reichlich Gelegenheit geben. Zunächst geschieht das alles noch ziemlich bescheiden, mehr oder weniger unabsichtlich, wenn nicht schon, wie es heutzutage immer öfter geschieht, die reifenden Jünglinge sich aus Gesprächen mit ihren Kameraden, aus tausendfacher, früher nicht vorhandener Lektüre, ja schon aus den Auslagen bei den Buchhändlern die nötigen sexuellen Vorkenntnisse geholt haben und nun sich der keimenden männlichen Kraft mehr oder weniger bewußt sind. Ihr Tun wird dann immer kühner, selbst- und zielbewußter. Jener, der beginnende Urning, steht dagegen diesem Treiben fern. Er versteht seine Kameraden nicht mehr und fühlt bald zwischen sich und ihnen eine Kluft, welche ihn den andern allmählich entfremdet. Um so mehr schließt er sich in seinem unbewußt erwachenden Liebesdrange dem erkorenen Freunde an. Dies Verhältnis hat mit den so häufigen Freundschaften aber nur den Namen gemeinsam. Freilich kann hier ein Zufall, eine Aussprache, Liebkosung, der Anblick der Nacktheit usw. die schlummernden Triebe plötzlich entfalten und den Baum der Erkenntnis kennen lehren; also ein psychologischer Ausgangspunkt. Dieser ist an sich aber meist ein recht unbedeutender und ohne die angeborene Anlage sicher nicht wirksam. Hunderte junger Leute sind denselben Reizen ausgesetzt, und doch nur wenige werden homosexuell, eben bloß solche, die die Disposition dazu haben. Sie wären es wahrscheinlich auch ohne jene Zufälle geworden, wenn auch erst später. Von beiden vorigen Gruppen gibt es aber auch hier sehr viele — besonders auf dem platten Lande und unter den Ungebildeten — die erst bedeutend später durch einen Wissenden oder durch Lektüre Klarheit über

und erst kürzlich konsultierte mich ein Urning, der in seiner Verzweiflung Hand an sich gelegt hatte. Also nicht bloß spätere innere und äußere Kämpfe wegen ihrer Natur und dadurch so häufig bedingte schiefe soziale Stellung treiben nicht selten Urninge in den Tod, sondern auch schon vorher die Ungewißheit über ihr inneres Fühlen. Auch die scheinbar so unbegreiflichen und sogar ziemlich häufigen Fälle von Entleibungen des Bräutigams unmittelbar vor der Hochzeit gehören zum großen Teile dem Urningtum an. Dem wahren Urning ist eben nichts so schrecklich wie die Ehe, obgleich er sonst gar nicht ungern, freilich nur gesellschaftlich, mit gebildeten Frauen verkehrt. Man sieht also schon hieraus, wie wichtig auch für den Psychiater und den Arzt eine nähere Kenntnis der Inversion werden kann.

Das Gros aller Homosexuellen gehört sicher dieser puberalen Gruppe an. Aber noch viele Spezialfragen bleiben hier zur Beantwortung übrig. Vor allen Dingen die nach dem Anfange, ebenso auch die nach der Kurve der Libido-Stärke, von der wir so gut wie nichts wissen. Freilich gilt dasselbe auch bezüglich der Heterosexualität. Wir wissen auch nicht sicher, ob hier mehr feminine oder aber männliche Typen vorkommen. Ich halte nach meinen Eindrücken deutlich feminine Typen unter den Urningen für entschieden seltener als die männlichen, die also insofern auch männlich empfinden, als sie die femininen Homo- oder Heterosexuellen (letztere sogar scheinbar bevorzugt!) zu ihrer Ergänzung aufsuchen. Es findet also auch bei den Urningen, worauf *Hirschfeld* wohl zuerst aufmerksam machte, eine ähnliche Anziehung der entgegengesetzten Pole, des Männlichen und Weiblichen,

statt, wie bei den Heterosexuellen. Feminin und maskulin sind freilich ziemlich subjektive Begriffe, und nur die markantesten Fälle unterliegen kaum verschiedener Beurteilung!

Eine sicher nur sehr kleine Gruppe[1]) stellen hingegen die im Mannes- oder gar Greisenalter auftretenden Fälle von Uranismus dar, die sogenannten tardiven. Es ist diejenige, welche am schlechtesten bekannt und vor allem noch von vielen als nicht angeboren, sondern erworben angesehen wird, so noch neuerdings von *Bloch*, der seine mehrfachen Irrtümer bezüglich der Homosexualität, nachdem er unterdes selbst viele Urninge außerhalb der Sprechstunde kennen lernte, glücklicherweise abgelegt hat und mit den von mir und andern formulierten Hauptsätzen einverstanden ist. Äußerlich kann man ja allerdings den Eindruck des Erworbenen erhalten. Es handelt sich nämlich um Menschen, die erst in ihren späteren Jahren, und zwar ganz plötzlich, wie es scheint, andersartig sexuell sich betätigen. Es heißt nun dann, daß vor allem Übersättigung dies bewirkt habe, der Reizhunger, der auf diese neue Art der Befriedigung verfallen sei. Aber ein Beweis dafür liegt bisher nicht vor! Wohl gibt es darunter immer etliche Roués, aber das sind Ausnahmen; und von ihnen kann mit Befriedigung den neuen Akt gewiß nur der vornehmen, welcher dazu die Anlage in sich trug. Es steht damit genau so wie mit der Onanie, welche nach vielen auch die Homosexualität erzeugen soll, was aber unbewiesen ist. Wenigstens sah unser bester Sachkenner, *Hirschfeld*, keinen durch Onanie, Reizhunger oder Verführung erworbenen Fall von Inversion. Es müssen also die andern ihre Beweise erst vorbringen! Natürlich kann es geschehen, daß auch ein Onanist in der Pubertätszeit homosexuell wird, aber nicht wegen der Onanie, sondern unabhängig von ihr. Dasselbe gilt auch von den Roués oder von Verführungen. Wer nicht eine angeborene Anlage mitbringt, wird nie durch Verführung oder Onanie homosexuell, dürfen wir wohl behaupten. Der beste Beweis dafür sind die homosexuellen Prostituierten, die zwar mitmachen, aber nie einen homo-

[1]) Andere allerdings behaupten das Gegenteil, doch scheint mir dies nicht richtig zu sein.

sexuellen Genuß bei gemeinsamer Onanie etc. verspüren, daher nach Aufgabe ihres Geschäfts dieselbe auch meist unterlassen.

Hier ist auch der Ort, einen wichtigen Unterschied bez. der gegenseitigen Masturbation zu konstatieren. Sie hat meist mit Inversion nichts zu tun. Sie dient dann bloß als erhöhter Reiz zur Erektion und Ejakulation [1]). Es ist daher ziemlich gleichgültig, von wem sie ausgeht, wenigstens soweit das gleiche Geschlecht in Frage kommt. Anders beim Urning. Hier reizt nur das gleiche Geschlecht und wiederum nur eine bestimmte Person. Und der heterosexuelle Prostituierte wird nie einen aktiven Päderasten abgeben können, eben weil ihm die homosexuelle Phantasie abgeht, während er natürlich passiv sich gebrauchen lassen kann. Auch die solitäre Onanie beim Homo- und Heterosexuellen ist psychologisch anders bedingt. Bei letzterem tritt die Aktion am besten unter Vorstellen oder im Anblick eines weiblichen Wesens oder eines Teiles oder Symbols desselben ein; bei ersterem nur, wenn ein Gleichgeschlechtlicher diese Stelle vertritt. Bei beiden kann aber auch wohl ohne alle Phantasietätigkeit der Akt vorgenommen werden, wie z. B. meist bei Idioten und vielen Geisteskranken. Ihn aber als Autoerotismus zu bezeichnen, wie es *Havelock Ellis* will, halte ich für unrichtig. Dieser Name sollte vielmehr für den sogenannten Narzissmus, d. h. die abnorm seltenen

---

[1]) Um die Diagnose zwischen der hetero- und homosexuellen Onanie am besten festzustellen, dürfte die von mir angelegentlichst empfohlene Betrachtung von Serienträumen, womöglich aus verschiedener Zeit, am zweckdienlichsten sein. Bei homosexuellem Fühlen werden die Träume nur von gleichgeschlechtlichen Personen, denen man sich körperlich zu nahen sucht, unter orgastischen Empfindungen mehr oder minder ausgefüllt, bei heterosexuellem dagegen nicht. Dies gilt auch für alle Arten von homo- und heterosexuellen Handlungen, wie ich dies schon mehrfach eingehend beschrieb (Die forensische Bedeutung der Träume, Archiv für Kriminalanthropologie usw., Bd. III, und meine große Arbeit über Kontrastträume, speziell die sexuellen, ibidem, Bd. 28; besonders aber in der Studie: Der Traum als feinstes Reagens für die Art des sexuellen Empfindens, Monatsschr. für Kriminalpsychologie usw., 1905, November). Die Träume sind es auch, die am besten bisexuelles Fühlen oder die Schwankungen der einzelnen Komponenten, wahrscheinlich auch ihre Stärke anzeigen. Sie sind daher für die Diagnose und Therapie sehr wichtig. Leider ist es nicht leicht, eine solche Serie von Träumen zu erhalten!

Fälle des In-sich-selbst-verliebtseins mit mehr oder weniger sexuellem Anstrich reserviert werden.

Kehren wir nun wieder zu unseren „tardiven“ Fällen von Inversion, wie sie zuerst *v. Krafft-Ebing* benannte und erkannte, zurück. Den Grund also, warum die homosexuelle Komponente so spät durchbricht, wissen wir nicht. Vielleicht sind es gewisse Krankheiten oder das Klimakterium, Senium oder gewisse Gifte (Alkohol), die mit die Schuld tragen; auch habe ich aus der Irrenanstalt Fälle berichtet, wo solche späte Durchbrüche stattfanden [1]). Über den Beginn wissen wir ebenfalls nichts. Ist der Anfang wirklich so plötzlich, oder treten vorher bisexuelle oder schwankende Phasen ein? Die Fälle sind jedenfalls so selten, daß ich selbst keinen (außer obige in der Irrenanstalt) aus eigener Erfahrung kenne. Noch seltener sind es sicher die, welche erst im Greisenalter auftreten.

Die beiden Arten der später auftretenden Inversion, also die puberale und tardive im engeren Sinne, lassen sich aber endlich nach unserem Schema noch jede in eine temporäre, periodische und dauernde Form einteilen.

Die temporäre Form ist eine ziemlich häufige, wird aber oft nicht als echte Homosexualität angesehen, was ich jedoch jetzt tue, sofern die betreffenden Praktiken wirklich homosexuelle Befriedigung gewähren. Ich habe speziell die Fälle im Auge, wo in Internaten, auf Schiffen, in Kasernen, Gefängnissen usw., kurz, wo längere Zeit Personen gleichen Geschlechts zusammen hausen müssen, mutuelle Onanie — nur abnorm selten, außer in Gefängnissen [2]) und auf gewissen Schiffen Coitus per anum — bekanntlich häufiges Vorkommnis ist. Ich nannte diese Art einmal „Surrogatinversion“, und zwar, weil sie nur wegen Mangels an weiblichen Personen eintritt, indes die männliche Kraft immer mehr sich ausbildet oder auf ihrer Höhe steht und nach Betätigung drängt. Daß das der Hauptgrund ist, sehen wir einfach aus dem Verschwinden dieser Manifestation, sobald Weiber zu erlangen sind. Freilich fallen viele Fälle, die meisten

[1]) In meiner Arbeit im VIII. Jahrgang des Jahrbuchs für sexuelle Zwischenstufen usw.

[2]) In Bordellen entspricht dem die Tribadie, die hier gleichfalls viel häufiger sein soll als die gegenseitige Masturbation.

sogar, unter jene früher gezeichneten von gegenseitiger Onanie, die mit wirklicher Inversion nichts zu tun haben. Ein kleiner Teil ist jedoch zweifellos homosexuell bedingt,[1]) aber die Komponente ist so schwach, daß sie bald gegen die heterosexuelle eingetauscht wird. Man könnte sogar auch, wenn man will, von einer temporären Bisexualität sprechen. Nur da, wo der gleichgeschlechtliche Trieb stark ausgeprägt ist, bleibt er bestehen, selbst bei gegebener Möglichkeit, mit Frauen zu verkehren. Daß allein Langeweile, Verführung oder Beispiel direkt dazu führen sollte, ist schwer glaublich und bisher strikte nicht bewiesen. Freilich kann Nichtstun durch Konzentrieren der Aufmerksamkeit auf die Sexualsphäre und Nachahmen böser Beispiele die Libido anstacheln, aber wohl nie und nimmer aus einem Hetero- einen Homosexuellen schaffen. Dazu gehört eben eine eingeborene Anlage. Ähnliches könnte auch einmal in der Irrenanstalt geschehen oder sonst unter noch unbekannten Umständen.

Die periodische Form tritt wahrscheinlich unter den gleichen Verhältnissen ein, ist aber noch kaum studiert, meines Wissens sogar noch nirgends erwähnt. Möglich ist sie aber gewiss, und ich habe sie speziell in der Irrenanstalt mehrfach gesehen (a. a. O.)[2]). Wahrscheinlich ist sie nur eine Form periodischer Bisexualität.

Die kontinuierliche Form endlich ist die ganz gewöhnliche. Wir wissen nur nicht, wie lange die homosexuelle Libido währt und welche Schwankungen in der Stärke sie durchmacht. Auch ist nicht bekannt, ob die erst im Mannesalter auftretende im Durchschnitt stärker ist als die puberale, ob sie wirklich so plötzlich einsetzt, wie es heißt, oder gewisse Vorläufer hat; endlich ob die Betreffenden mehr dem femininen oder maskulinen Typus angehören. Ich möchte letzteres fast glauben, wie ich denn auch meine, daß die Maskulinen unter dem Gros der Urninge, d. h. also der puberalen Fälle, die Hauptmasse bilden. Bei ganz früh sich zeigender Inversion — unserer ersten Hauptgruppe — ist der Verlauf, soviel man weiß, ein kontinuierlicher, viel-

[1]) *Rohleder* bekämpft wohl irrtümlich diese temporäre Homosexae.

[2]) Hier bei verschiedenen Formen, meist jedoch bei Imbezillität und Dementia praecox und besonders in Erregungszeiten. Meist bestanden dann bisexuelle Zustände.

leicht aber mit verschiedenen Intensitätsschwankungen. Dagegen sind mir keine Fälle temporären oder periodischen Verlaufs hier bekannt.

Bez. der Bisexuellen gilt mutatis mutandis das oben Gesagte; nur wissen wir darüber noch weniger Sicheres als bei den rein Homosexuellen. Das Schema ist daher hier mehr theoretisch aufgestellt. Ob schon in frühester Jugend zunächst wirkliche Bisexualität sich zeigt, wissen wir nicht; es ist aber wahrscheinlich. Wir kennen sie zurzeit nur puberal oder erst später auftretend, und zwar in verschiedenen Modalitäten, die schon früher kurz berührt, aber in ihren Einzelheiten noch recht wenig studiert sind. Es ist nämlich ein Unterschied, ob die sexuelle Empfindung regelmäßig schwankt, d. h. erst einmal eine heterosexuelle Phase eintritt, der dann die homosexuelle folgt, und so hintereinander, oder ob beide Sexualempfindungen gleichzeitig nebeneinander bestehen. In jedem Falle müßten beide Komponenten annähernd gleich entwickelt sein, und es würde dann von unbekannten Umständen abhängen, ob die eine oder andere momentan mehr unterdrückt wird. Bei absolut gleich starker Anlage dürfte wohl mehr der Zufall, ob gerade ein sympathischer Mann oder dito Weib sich präsentiert, determinierend sein. Bei schwacher Anlage eines Teiles der doppelten Anlage wäre das Auftreten der „temporären Bisexualität“, wie wir sie in Internaten, Gefängnissen usw. vielleicht vor uns haben, schon erklärbar; erschwert dagegen ist das Verständnis für eine periodische Bisexualität, die es wahrscheinlich doch gibt und wozu jedenfalls unsere Fälle in der Irrenanstalt meist gehören. Wie für die reine Homosexualität, so gilt auch für die Bisexualität die Regel des kontinuierlichen Bestehens. Wo Bisexualität sich zeigt, tritt sie gewiß meist erst puberal auf. Ob auch im späteren Mannes- oder gar Greisenalter, ist zurzeit noch nicht sicher, außer in unsern Fällen.

Es bleiben uns nur noch einige Worte über die Frauen zu sagen. Hier ist der Uranismus natürlicherweise viel weniger untersucht als beim Manne, doch scheinen die Fälle nach dem besten Kenner der weiblichen Homosexualität, *Havelock Ellis*, kaum seltener zu sein als dort. Dies bestätigte mir auch eine hochgebildete Urninde, eine Schriftstellerin, die speziell diese Verhältnisse untersucht hatte. Ihren durchaus vertrauenswürdigen Aussagen nach ist die Inversion sogar auf

dem platten Lande, bei Mägden usw., nicht selten und selbst in Bordellen sehr häufig. Sehr bezeichnend war ihr Ausspruch: „Jede Prostituierte hat einen Herrn für das Portemonnaie und eine Frau für das Herz!" Wenn dies in dieser Allgemeinheit auch übertrieben sein mag, so ist sicher der Kern richtig. Wußte man ja schon längst, wie häufig die Inversion, und zwar gerade in ihrer niedrigsten Form, der Tribadie, in Bordellen zu Hause ist! Auch hier aber kann man wohl sicher annehmen, daß nicht Langeweile, Verführung oder böses Beispiel die Inversion schufen, sondern daß sie, soweit sie eine homosexuelle Befriedigung gewährt, nur auf geeignetem Boden, bei angeborener Anlage sprießen kann [1])!. Das für die Männer oben aufgestellte allgemeine Schema wird wahrscheinlich auch für die Frauen zu gelten haben, so wenig wir zurzeit die einzelnen Teile desselben durch wirkliche Beispiele belegen können. Wir wissen, daß in Mädchenpensionaten, Klöstern und Gefängnissen mutuelle Onanie u. Tribadie sehr häufig sind, auch hier jedoch meist bloß als Surrogathandlung. Nur ein kleiner Teil gehört zur Homosexualität und sehr wahrscheinlich am häufigsten zur Bisexualität, wie bei Männern unter ähnlichen Umständen. Wir wissen ferner, daß bei einem geringen Teile der Urninden — ganz wie bei den Urningen — die ersten Zeichen der Inversion schon in sehr früher Jugend auftreten und unter ähnlichen Erscheinungen wie bei Männern, mutatis mutandis. Die meisten Fälle werden erst zur Zeit der Pubertät deutlich. Alles das läßt vermuten, daß das früher speziell vom Manne Gesagte auch vom Weibe zu gelten hat. Erwähnen will ich endlich noch, daß es scheint, als ob, analog den Männern, die virilen Typen hier vorwiegen. Doch sind auch darüber die Akten noch lange nicht geschlossen.

Hoffentlich hat der Leser aus dieser Übersicht die Überzeugung gewonnen, daß nicht nur mannigfaltig die Formen der Homosexualität auftreten, sondern auch daß viele Probleme auf diesem Gebiete noch zu lösen sind, was ja schon mein früherer Aufsatz [2]) andeutete. Derjenige aber, welcher sich ernstlich für diese

---

[1]) Ein Teil der Prostituierten wird trotz Tribadie und mutueller Onanie dabei nur heterosexuell empfinden, aber aus Konnivenz oder anderen Gründen mitmachen.

[2]) Im 59. Bd. dieser Zeitschrift.

Art von Geschlechtsempfindung interessiert — und das sollte eo ipso jeder Arzt, speziell Psychiater und Neurologe —, muß, um sich wirklich zu instruieren, an die Quelle selbst gehen, d. h. also die Urninge draußen im Leben und in ihrem menschlichen Tun und Denken beobachten, was freilich am besten in großen Städten möglich ist. Indessen ist dies nicht für jeden leicht; es bedarf dazu vielmehr eines kundigen Führers, z. B. *Hirschfelds* in Berlin, der sehr gern jeden ernsthaften Forscher in die betreffenden Kreise einführen wird.

Hubertusburg, Juni 1907.

Nachtrag bei der Korrektur (Febr. 1908).

Unterdes war das große Werk von *Rohleder* erschienen: Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen, Berlin, Kornfeld, 1907, in dessen 2. Bd. von S. 254 ab die Homosexualität sehr eingehend behandelt ist. Es ist jedenfalls das Beste, was hierüber neuerdings in Lehrbüchern geschrieben ward, und viel moderner, als die 13. Aufl. von *v. Kraft-Ebings* Psychopathologia sexualis (1907). Verf. steht fast ganz, wie ich auch, auf seiten Hirschfelds, hat freilich nur eine sehr beschränkte eigene Erfahrung Es sind aber verschiedene Punkte darin, denen ich nicht beipflichte; hier nur einiges. Er behauptet (S. 255), es gäbe leichteste Fälle von homosexuellem Empfinden, die sich nur im Traumleben kundgeben. Wenn dies etwa konstant sein soll, so leugne ich es strikte, bis auf Gegenbeweise. Serienträume reflektieren sich stets im Wachleben! Verf. gibt nun selbst eine sehr verwickelte Einteilung der Homosexualität, die anfechtbar ist, und hält die meinige für „völlig mißglückt", und zwar speziell, weil ich zu den „temporären Fällen" auch die sog. „Surrogatinversion" mitrechne (S. 350). Er macht mir aber besonders den Vorwurf, daß ich keinen Unterschied zwischen „echter Homosexualität" und „unechter", d. h. bloßen homosexuellen Handlungen, machen will, weil sie beide geschlechtlich befriedigen. Dies tat ich hier auch auf S. 114. Ich muß sagen, daß sein Vorwurf berechtigt ist. Ich sage also jetzt (wie übrigens früher schon), daß echte und unechte Homosexualität zu trennen sind. Echte findet Befriedigung auf rein homosexuellem Wege, ist kein Laster, keine sittliche Verfehlung, die unechte dagegen sucht sie auf homosexuellem, sei es durch bloße onanistische Handlungen, sei es durch Zuhilfenahme der heterosexuellen Phantasie. Sie ist ein Laster, eine Perversität, wo sie nicht etwa, wie im alten Griechenland usw., durch die Sitte oder gar durch die Religion (bei den Doriern) geheiligt ist. Den homosexuellen Akten

an sich kann man es nicht ansehen, ob sie homo- oder heterosexuell bedingt sind. Das kann nur eine genaue Analyse des Einzelfalls, am besten mit Hilfe der Serienträume. Bei den Alten und Orientalen gibt es daher sicher meist unechte, aber auch echte Homosexualität, wie auch unter der „Surrogatinversion" (auf Schiffen, in Kasernen usw.) echte Homosexualität vorkommen kann, weshalb ich die „temporäre Form" in *diesem* Sinne (wie ich schon S. 123 sagte) im Schema beibehalte, das durch meine jetzige Trennnung von echter und unechter Homosexualität nicht weiter berührt wird. Was also *erworben werden kann, ist eine homosexuelle Handlung auf heterosexuellem Boden.* Also eventuell bei Roués. *Das sexuelle fremde Empfinden dagegen kann gewiß nicht als solches erworben werden.* — Ist es nun schon schwer, in concreto beim Menschen das homosexuelle Empfinden mindestens sehr wahrscheinlich zu machen, so ist es bei Tieren *unmöglich.* Alle Fälle von Hahnenfedrigkeit usw., homosexuellen, sadistischen Handlungen usw. lassen sich auch anders erklären. Echte päderastische Akte sind *nicht* nachgewiesen, auch nicht bei Bombyx. Bei Entarteten und Geisteskranken könnte man übrigens auch an das Auftreten von homosexuellen Zwangsgedanken, vielleicht auf Grund latenter sexueller Komplexe, denken, doch kenne ich keine solchen Fälle. Interessant wäre es nachzuforschen, wie sich die Sache bei Wahn der Geschlechtsveränderung verhält. Ein geisteskranker Mann, der sich für eine Frau hält, könnte wohl der passiven Päderastie frönen, aber dabei sicher nur heterosexuell fühlen. Anders vielleicht bei der Frau, die sich in einen Mann verwandelt denkt. Hier könnte vielleicht eher homosexuelles Fühlen entstehen. Ich selbst sah keine hierher gehörigen Fälle. Dabei nehme ich aber an, daß die andere geschlechtliche Komponente ganz atrophiert ist, sonst könnte sie bei leidlicher Persistenz sehr wohl doch durch den Wahn der Geschlechtsveränderung das Übergewicht gewinnen, wie in meinen Fällen an gewöhnlichen Kranken, die ein- oder mehrmals homosexuell fühlten.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

---

125. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 1. Februar 1908.

Anwesend die Herren: *Anker*-Lichtenrade, *Ascher*-Berlin, *Paul Bernhardt*-Dalldorf, *Bischoff*-Buch a. G., *Döblin*-Buch a. G., *Paul Edel*-Charlottenburg, *Eicke* und *Falkenberg*-Lichtenberg, *Försterling*-Lankwitz, *Fränkel*-Lankwitz, *Hildebrandt*-Dalldorf a. G., *Juliusburger*-Steglitz, *Klipstein*-Lichtenberg, *Koritkowski*-Gr.-Lichterfelde, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Liepmann*-Dalldorf, *Löwenstein*-Lichtenberg a. G., *Moeli*-Lichtenberg, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Placzek*-Berlin, *Reich*-Lichtenberg, *Sander*-Dalldorf, *Salinger*-Buch a. G., *Schmidt*-Dalldorf a. G., *Seelig*-Lichtenberg, *Vieregge*-Buch, *Weiler*-Westend, *Wieners*-Bernau a. G., *Zendig*-Berlin a. G.

Vorsitzender: *Sander*.

Der Vorsitzende teilt den Tod des San.-Rat *Caesar Heimann*, zuletzt Grunewald, mit, zu dessen Ehren die Anwesenden sich erheben.

Diskussion über den Vortrag von *Bischoff*-Buch: Über Dauerbäder und Dauerbadbehandlung.

Moeli: Der Verzicht auf Diskussion entspricht wohl der allgemeinen Zustimmung zu den durch die Erfahrung mehr und mehr bestätigten Ausführungen des Vortragenden. Ich glaube nur, daß die Forderung aufrecht zu erhalten ist, stets eine wirkliche Lagerung des Kranken, wofür ja genügend Hilfsmittel angegeben sind, mit tunlichstem Ausschluß aktiver Muskeltätigkeit und unter Fernhaltung aller stärkeren Reize herbeizuführen. Wo die Kr. im Wasser nur herumsitzen, hat die Behandlung zwar immer noch den Vorteil größerer Reinlichkeit, besserer Aufsicht und stetigerer Fürsorge gegenüber einer Isolierung, sie führt aber nicht in gleicher Weise zu Beruhigung und zu Schonung der Kräfte wie bei richtiger Lagerung. — Der zweite Punkt wäre die Zahl der in einem Raum zu vereinigenden Wannen. Aus naheliegenden Gründen erscheinen mir die saalartigen, viele, bis 10 Wannen enthaltenden Anlagen von zweifelhaftem Werte. 2 bis 3, höchstens 4 Wannen sind günstiger, wie sie bei den hiesigen Neubauten in passend gelegenen (unmittelbar an die Säle an-

stoßenden) und mit besonderen Heiz- und Lüftungsvorichtungen gegen die Niederschläge auszustattenden Räumen angeordnet werden.

Liepmann fragt den Vortragenden nach seinen Erfahrungen mit Dauerbädern Seniler.

Bischoff: Die Ausstattung des Dauerbades ist für den Erfolg der Anwendung von größter Bedeutung. Nicht jeder Baderaum ist ein Dauerbad, vielmehr muß die spezifische Einrichtung durchaus betont werden. Die Lage der Kranken wird wesentlich auch durch die Form der Wannen günstig zu beeinflussen sein. Nach eigener Erfahrung würde ich bei einer größeren Zahl nebeneinanderstehender Wannen Abtrennung durch Zwischenwände empfehlen, etwa beispielsweise: 3, 2, 2 Wannen. In den Zwischenwänden könnten sich Türen befinden, die eine Beaufsichtigung auch zweier Räume von einem Punkte aus gestatten. — Auch bei Erregungszuständen im Verlaufe seniler Demenz ist wohl eine günstige Wirkung der Dauerbäder zu beobachten. Bei Angstzuständen empfehlen sich wohl auch hier mehr prolongierte Bäder.

C. Vieregge: Versuche über die Merkfähigkeit für Zahlen an Gesunden und Geisteskranken.

Es handelt sich um den Versuch, die experimentell-psychologische Untersuchungsmethode für die klinische Merkfähigkeitsprüfung heranzuziehen.

Das exakte Experiment in seinem vollen Umfange aus dem psychologischen Laboratorium in das klinische Untersuchungszimmer zu übertragen, war dabei weder möglich noch auch notwendig.

Nicht möglich in Rücksicht auf das umständliche Arbeiten mit komplizierten Apparaten, die Länge der beanspruchten Zeit und die Voraussetzung eines oft mangelnden Verständnisses und Einverständnisses seitens der Versuchspersonen, und nicht notwendig im Hinblick auf das Ziel, nämlich die Aufklärung einer individuell-psychischen Funktion (und keiner Ermittlung allgemein-psychologischer Gesichtspunkte). — Aus jenen äußeren Gründen wurde für die folgenden Versuche die akustische Reizgebung gewählt und aus den psychologischen als Reiz die Zahl, welch letztere als alltäglich sich darbietender Gedächtnisreiz vor der ungewohnten Ziffernreihe den Vorzug bietet, daß sie die störenden Übungserscheinungen auf ein Minimum reduziert.

Auf Grund von Vorversuchen und den Ergebnissen der experimentellen Gedächtnisprüfung erschien die Zusammensetzung jeder Einzeluntersuchung aus folgenden 3 Versuchsreihen als geeignetste Versuchsanordnung:

A. Sofortige Reproduktion der vorgesprochenen Zahlen (also Prüfung der Auffassungsfähigkeit);

B. Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung (d. h. ohne Ableitung der Aufmerksamkeit während der 1 Min.);

C. Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung (durch Zählen von Metronomschlägen).

Die Reizzahlen wurden einem 20 verschiedene zwölfstellige Zahlen enthaltenden Zahlensysteme entnommen, bei deren Kombinierung und Varriierung auf die Vermeidung assoziativer Hilfen möglichst Wert gelegt worden war; begonnen wurde mit einer so hochstelligen Zahl, wie sie voraussichtlich von der Versuchsperson nicht richtig reproduziert werden konnte, und dann unter Fortlassung der bezüglichen ersten Ziffern schnell (um die Wirkung der Übung möglichst einzuschränken) zu niedrigeren Zahlen vorgeschritten, bis nach 5 bis höchstens 10 Einzelversuchen die richtig reproduzierte Ziffernanzahl erreicht war, als welche diejenige Zahl in der Regel angesehen wurde, welche mindestens zweimal, wenn möglich hintereinander, richtig wiedergegeben werden konnte.

Das in der 3. Versuchsreihe verwendete Zählen am Metronom (von 99 an rückwärts bei einer Einstellung von etwa ebensoviel Schlägen in der Minute) erweist sich durch die Gleichartigkeit des ablenkenden Reizes (auch Zahlen) als fast vollkommenes Zerstreuungsmittel; an seiner statt trat bei der kleinen Minderheit der hierfür nicht genügend zu konzentrierenden Versuchspersonen die einfache Unterhaltung. Die Intervallzeiten wurden vom Versuchsleiter nach der Taschenuhr möglichst genau angegeben.

Ein längeres Intervall als eine Minute erübrigt sich für Merkfähigkeitsprüfungen, nachdem Wundt gefunden, daß von dem bei 2 Sek. erreichten Optimum für die richtige Reproduktion einfacher Gehörseindrücke allmählich ein Absinken derselben bis zum Minimum bei 60 Sek. eintritt, „auf dem sie dann während langer Zeit annähernd konstant bleibt".

Untersucht wurden insgesamt 100 Personen in drei größeren Gruppen:

I. 10 gebildete Versuchspersonen (5 Männer und 5 Frauen) unter Selbstbeobachtung (daher in Versuchsreihe C als weniger vollkommenes Zerstreuungsmittel „einfache Lektüre" gewählt), deren Resultate im wesentlichen nur zur allgemeinen Orientierung dienten und Aufschlüsse über einige psychologische Gesichtspunkte gaben.

II. 40 ungebildete Versuchspersonen (20 Pfleger und 20 Pflegerinnen), die als den gleichen Bildungskreisen entstammend das Vergleichsmaterial für die Geisteskranken lieferten.

III. 50 Geisteskranke: je 10 (5 Männer und 5 Frauen) von 1. Dementia paralytica; 2) Dem. senil.; 3. Idiotie; 4. Dem. praecox (alle im Zustande deutlicher Verblödung) und 5. Manie (als manische Phase des Kräpelinschen manisch-depresiven Irreseins).

Diese 5 Krankheitsgruppen — konnte einerseits für die ersten grundlegenden Untersuchungen nur eine begrenzte Anzahl von Psychosen gewählt werden, so legte andererseits das damals noch bescheidene Material unserer Anstalt Beschränkung auf — wurden lediglich nach dem Gesichtspunkte gewählt, daß sich die Geisteskranken nach der Art ihrer Erkrankung und ihres derzeitigen Zustandsbildes verhältnismäßig übereinstimmend aufgestellten und allseitig anerkannten Krankheitsbildern einfügten; und für die Auswahl der einzelnen Versuchspersonen kamen keinerlei andere Gesichtspunkte in Betracht als eine für unsere Versuchsanordung ausreichende Fixierung.

Die Ergebnisse

unserer Merkfähigkeitsprüfungen sind in Gestalt der Gesamt- (beider Geschlechter) Durchschnittszahlen in folgender Tabelle zusammengestellt:

Nr.	Gruppe:	A.	B.	C.
1	Gebildete:	7,0	7,3	4,4
2	Ungebildete:	5,8	5,5	2,3
3	Dem. paralyt:	3,8	1,7	0,2
3	Dem. senil:	3,7	3,3	0,6
3	Idiotie:	3,3	3,0	0,8
3	Dem. praec.:	5,0	4,4	1,7
3	Manie:	6,2	5,9	2,6

I. Die gebildeten Versuchspersonen vermochten also bei der sofortigen Reproduktion durchschnittlich nicht mehr als 7,0stellige Zahlen, bei der Reproduktion nach 1 Min. ohne Zerstreuung 7,3 und bei der Reproduktion nach 1 Min. mit Zerstreuung 4,4stellige Zahlen richtig zu reproduzieren.

Die Reproduktionsweise war vorwiegend visuell, wurde aber öfter mit akustisch-motorischen Momenten vermischt. — Die Ziffern wurden allgemein in Form der gegebenen Gruppen gemerkt, die Bezeichnungen Milliarden, Millionen usw. jedoch zumeist schon bei der Auffassung unberücksichtigt gelassen und erst bei der Reproduktion wieder ergänzt.

Die Anwendung assoziativer Hilfen trat verhältnismäßig sehr in den Hintergrund.

Die Wiedergabe der richtigen Zahlen war fast stets mit einem überzeugenden Sicherheitsgefühl verbunden.

II. In den Leistungen der ungebildeten Versuchspersonen — 5,8 resp. 5,5 resp. 2,3 Stellen — offenbart sich deutlich der Einfluß höherer Bildung; er äußert sich in der Herabsetzung der Merkfähigkeit um durchschnittlich 1,5 Stellen gegen die vorige Gruppe. Der

'Abfall bei der Reproduktion nach 1 Min. mit Zerstreuung, relativ, beim Vergleich der Unterschiedswerte der 3 Ver- :ereinander.

. paralytica zeigt bei Zerstreuung den weitaus größten einzige von sämtlichen Gruppen eine wesentliche Einbuße t bei der Reproduktion nach 1 Min. ohne Zerstreuung · sofortigen Reproduktion.

m. praecox zeigt sich zwar auch eine deutliche Herab- fähigkeit in allen 3 Versuchsreihen, aber auch bei tieferer eitem nicht der schwere Defekt der vorgenannten 3 Ver- sondern nur etwa 1/3 höchstens 1/2 desselben).

e erleidet keine wesentliche Veränderung der Merk- n (die geringe und ziemlich gleichmäßige Merkfähig- auf den Umstand zurückzuführen, daß sich unter den hspersonen mehrere offenbar höheren Bildungsgrades, personals entspricht, befanden).

ıte, wenn auch nicht bedeutende Wenigerlei- blichen Geschlechts hat sich sicher bei allen wie pathologischen, und allen 3 Versuchsreihen nach- en Paralytikern ist dieser Abstand (bei A: 1,6 Stellen)

:cheinungen sind bei unseren nur auf höch- ersuchen bemessenen Versuchsreihen kaum störend 1so wurde ein Einfluß der Ermüdung nur aus- :et

es „apperzeptiven Antriebes" trat da- Erscheinung.

llzeiten für die erste Versuchsreihe, der sofor- - *Wundt* gibt als Optimum für die richtige Repro- hörseindrücke bei Normalen einen Intervall von sich bei Gebildeten 2,15 Sek., Ungebildeten 2,20, 1. senil. 2,60, Idiotie 2,55, Dem. praec. 3,75 und ılten sich bei den beiden ersten Gruppen also wohl 3 folgenden in annähernd normalen Grenzen, die)em. praec. und die Verkürzung bei der Manie en Krankheitssymptomen widerspruchslos ein. —



Ziehen wir von den hier nicht angegebenen Grenzwerten unserer Normalpersonen, gebildeter wie ungebildeter, beider Geschlechter und beider ersten Versuchsreihen den Gesamtdurchschnitt, so erhalten wir als „Umfang der Merkfähigkeit" für Zahlen die 6stellige (genau 6,25 stellige) Zahl. Diese entspricht gleichfalls *Wundts* Resultat in bezug auf den „Umfang der Aufmerksamkeit", für welchen er einen „konstanten Maximalwert von 6 einfachen Eindrücken" für fast alle Sinnesgebiete fand.

Angesichts der Ergebnisse im Verein mit der bereits betonten Einfachheit der Anwendung und der Kürze der beanspruchten Zeit (bei einiger Übung 10, höchstens 12 Minuten) kann die geschilderte Methode der Merkfähigkeitsprüfung mit einfachen Zahlen als diagnostisch brauchbares und eventuell differential-diagnostisch verwertbares Untersuchungsmittel empfohlen werden. (Der Vortrag erscheint in erweiterter Form in dieser Ztschr.)

Diskussion. — *Liepmann*: Die kleine Mehrleistung der Gesunden nach einer Minute erscheint mir bedeutsam, besonders da auch von anderer Seite festgestellt worden ist, daß die Merkleistung nicht einfach im Verhältnis der Zeit sinkt. Von Interesse ist; zu erfahren, ob und wie der Vortragende die Versuchsperson während der ersten Minute vor Ablenkung bewahrt hat. — Der Unterschied der Schädigung durch Zerstreuung bei Paralyse und sog. Dem. praecox ist so erheblich, daß er vielleicht sogar praktisch differential-diagnostisch in betracht käme, wenn dem Ergebnis eine genügend große Zahl von Fällen zugrunde liegt. Um wie viel Fälle handelt es sich? — In dem A-Versuch wird außer der Auffassung auch das Gedächtnis, nämlich das sog. primäre Gedächtnis geprüft. — Bei Versuchen mit Nachsprechenlassen sinnloser Silben hat *L.* beobachtet, daß das Behalten der ersten und letzten Silben begünstigt ist. Er fragt den Vortragenden, ob auch er Begünstigung bestimmter Stellen in seinen Zahlen bemerkt hat.

Moeli möchte eine Frage über die Ergebnisse bei den gesunden Gebildeten stellen. Hier ist in Reihe B keine Ableitung vorgenommen; in Reihe C eine Zerstreuung durch Lektüre während 1 Min. herbeigeführt. In C konkurrieren also gewissermaßen zwei Reize, deren erster (Reproduktionstendenz) isoliert in Reihe B wirksam war. Natürlich ist der Vorgang beim Hinzufügen der Lektüre ein recht komplizierter, das kann jedoch zunächst außer Betracht bleiben. Jedenfalls hätte es Interesse zu erfahren, ob etwa die Unterschiede bei den einzelnen Personen in Reihe B gering, aber in Reihe C wesentlich größer sind. Wäre das der Fall, so würde der Vergleich der Ergebnisse in B und C in dieser Richtung bei den einzelnen Personen die Einwirkung der Lektüre abzuschätzen gestatten. Sie könnte dann gegenüber dem mehr einheitlich wirkenden Faktor des Zeitablaufs und der Zerstreuung durch innere Ursachen (gegenüber der

nur als vereinzeltes Vorkommnis. Er fragt weiter, wie der
lie Gleichartigkeit der Affektlage berücksichtigte.
macht auf die Arbeiten von *Finzi* aufmerksam, der auch
g der Wiedergabe der Reize nach mehr als einer Sekunde
t hat; es dürfte das wohl auf apperzeptive Vorgänge zurück-
Der Begriff der Intelligenzprüfung ist bez. dieser Methode
nzuschränken. Gerade das relativ eng umgrenzte Gebiet
bezug auf die verhältnismäßige Einfachheit des „psychi-
ındes" ein Vorzug der überaus bequemen und leicht zu
Untersuchungen.
Die Untersuchungen wurden zumeist in einem ganz ruhig
:hst nur Tisch und Stühle (jedenfalls keine medizinischen
.) enthaltenden Raume vorgenommen. Die Versuchs-
ı und etwas abgewandt vom Versuchsleiter und wurde
ıur vorher zur Ruhe und Aufmerksamkeit ermahnt; in
Fällen (bei Dem. senil.) mußte in Versuchsreihe B diese
rholt werden. — Die Resultate bei der Dem. paralyt.
x stammen von je 10 Geisteskranken; weitere gleich-
on je 5 Versuchspersonen wurden aus Gründen äußerer
icht benutzt. Der Nachprüfung dieser differential-
ige sollen demnächst anzustellende umfangreichere
lten. — Für die schwierige Zusammenstellung einer
ehlresultate, so auch über die Begünstigung bestimmter
aus in seinen Silbenreihen „absolute Stellen" genannt)
untersuchte Material noch zu gering; durch Stich-
Dem. senil., Dem. praecox) kann jedoch bereits be-
bei größeren Zahlen (A- und B-Versuch) die ersten
ı, die mittleren am meisten Fehlresultate aufweisen;
Ziffern zeigte die mittlere (also die gesprochene letzte)
lresultate wie die sich fast gleichverhaltende erste
sprochene drittletzte und vorletzte). — Die Streuung
rten Ziffernanzahlen ist bei Versuchsreihe C keines-
bei Versuchsreihe B; die Leistung letzterer schwankt
rten 8 und 6 Ziffern, bei C zwischen 6 und 4 Ziffern
bei C sämtlich vierstellige Zahlen), so daß die Ab-
ividualität bei der einfachen Lektüre nicht größer
übrigen die Gesamtablenkung bewirkenden Kom-
uf und innere Ursachen. — Der Affektlage kommt
Versuchen, namentlich der *Stern*schen kompli-



Döblin - Buch: Über einen Fall von Dämmerzuständen.

Der Vortrag gibt zunächst einen kurzen Überblick über das gröbere Gerüst dieses Falles von Hysterie bzw. hysterisch-psychopathischer Konstitution, berichtet dann über eine Reihe feinerer und seltener Details an dem Bilde, arbeitet sie in ausführlicher Analyse durch und gelangt zu der Auffassung einer eigentümlichen Aufmerksamkeitsstörung, die in dem Begriff der Dysergasie formuliert wird.

Die Patientin ist eine 32jährige Frau aus schwer belasteter Familie — Vater suicidal, ebenso Bruder der Mutter, der Epileptiker war, Potator; Schwester leidet an Schwindelanfällen; ein Bruder kriminell; — sie erkrankt Februar 1907.

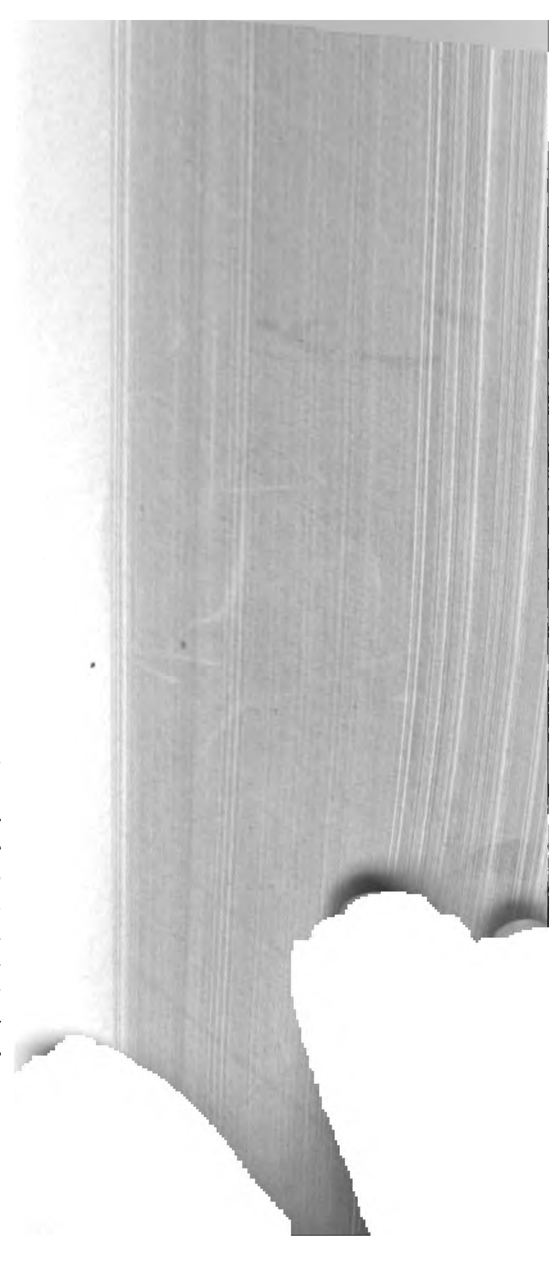
Die Krankheit verläuft noch jetzt höchst stürmisch und progredient. Frau W., die somatisch linksseitige Hypalgesie, charakteristische Druckpunkte, hochgradige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bietet, zeigt im Intervallzustand bedeutende Zerstreutheit ohne Symptome des Vorbeiredens und des unsinnigen Antwortens; wohlumschriebene, später verwischte Bewußtseinsstörungen, die man nach dem Verhalten der Bewußtseinstätigkeit Dämmerzustände, nach dem der Bewußtseinsinhalte halluzinatorische Delirien nennen kann. Der Typus ihres Verlaufs ist: Einleitende Erregung mit Schimpfen, Jammern, Bewegungsunruhe, — eine kurze, stumme Pause, — kollossale motorische Unruhe mit schreckhaften Visionen nnd Phonemen, sprachlichen Äußerungen, Rapport. Völlige Amnesie für den ganzen Paroxysmus. Die diskutierten Details sind: die Uneinsichtigkeit für die Krankhaftigkeit des Wachzustandes wie für das Vorhandensein von Dämmerzuständen; das Verhalten der Merkfähigkeit; die Sinnestäuschungen der „letzten Worte"; das Gedankenlautwerden; die Farbenhalluzinationen Rot, Weiß, Schwarz; die fixierten, an Kopfbewegungen gebundenen Visionen; die Wirkung von Affekten auf die Bewußtseinslage: der Vorstellungsablauf im Dämmer in Gruppenbildung; die Herausbildung einer Dominantgruppe; der Abbau in den Gruppen; das Vergessen im Wachzustand und die Amnesie für den Dämmer.

Die Analyse nimmt ihren Ausgangspunkt von der Uneinsichtigkeit: der Tatbestand ist: die P. bestreitet die Krankhaftigkeit ihres Wachzustandes, weiß nichts von den Delirien, glaubt an ihr Vorhandensein auch nach Vorhalt der überzeugendsten Beweise nicht. Ganz gelegentlich aber, nur spontan, nur gegen eine bestimmte Mitkranke, gibt sie die Möglichkeit ihres Leidens zu. Ihre Erklärungsideen für die ihr auffallenden Zeitlücken sind „Schlaf", Schlaf durch Vergiftung, Körperschwäche. Jene

: wird. — Die Phoneme werden direkt dissimuliert, infolge
rung der reaktiven Krankheitsableugnung. — Körperliche
le Krankheiten werden von der P. zum Schutz herange-
iert oder begünstigt, lassen öfter durch ihre Lokalisation
Geschützten, Unterdrückten erkennen. — Bemerkung der
auffallend leichte Hemmung bestimmter Vorstellungs-
Verdrängung lästiger Vorstellungen, intensive Beein-
dankenablaufs durch Vorstellungen aus tieferen Schichten
s setzt eine erhebliche Lockerung des Assoziationsgefüges

duktionsfähigkeit und Merkstörung wird an mehreren
kelt. Es tritt hervor ein anormaler Einfluß von Gefühlen
ionsablauf, Kürze der jedesmal reproduzierten Vorstel-
illige Verschmelzung der Vorstellungsfragmente, fort-
ellung und Verlust der Zielvorstellung. Es zeigt sich,
on psychischer Tätigkeit sich unter sehr geringer Be-
während das psychische Oberflächenbild den Anblick
theit und Leere bot; die Frage eines Zusammenhangs

ißerscheinung der „letzten Worte“ demonstriert eins
len: „Bleiben Sie heut im Bett‘ wird ihr gesagt; sie
ang mit Klangfarbe und richtiger Intensität: „Bett“
dabei können andere Gehörsempfindungen perzipiert
sich die Aufmerksamkeit nur mit Mühe und meist
esempfindungen zuwendet, bemächtigt sich hier ein
durch Finalbetonung, ausgezeichnetes Wort der Auf-
intensivsten Weise. Daß Aufmerksamkeitszufuhr
sgruppe diese halluzinatorisch verstärken kann, wird
n bewiesen. Die Halluzination der weißen Männer
, auch im Dämmer; bei geschlossenen Augen, aber
es vor, daß sie ruhig peroriert, ohne die vorhandene
hten, öffnet man die Augen, so gerät sie in momen-
rregung wegen der weißen, jetzt beweglichen, mit
n Männer. Die experimentell also bewirkte Auf-
uf optische Empfindungen durch das Öffnen der
ntane Steigerung der sinnlichen Kraft der Hallu-
Ebenso durch Druck und Verstopfen der Ohren,



andererseits durch Öffnen und Hineinrufen kann willkürlich die sinnliche Kraft ihrer eigenen Gehörshalluzinationen auf ein Minimum vermindert, auf ein Maximum gesteigert werden. Zu diesen beiden gleichartigen Erscheinungen tritt die dritte: gefühlsstarke Vorstellungsgruppen werden fast allemal von ihr mit halluzinatorischer Kraft ausgestattet, die affektive Gemütslage führt zu sinnlicher Verstärkung ihrer Gedankenbildungen; dies demonstriert das Gedankenlautwerden.

Die „Schwarz"-Halluzination erklärt sich aus dem Weichen einer Vorstellungsgruppe mit gut übersehbarer Genese aus dem Aufmerksamkeitsbereiche: ein schwarzer Mann, Pfarrer, wird gegen die weißen Männer gebildet, wird aber nicht festgehalten, erscheint nun als unverständliches Zerfallsprodukt, Abbauprodukt, elementar. Vermutung einer ähnlichen Genese verwandter Symptome wird ausgesprochen.

Die fixierten Halluzinationen erweisen sich bei ausführlicher Analyse als analog den „letzten Worten". Bestimmte Landschaftshalluzinationen sind gebunden an bestimmte Kopfstellungen; bei Kopfhaltung nach links und geschlossenen Augen sieht die P. zwei Monate lang ausnahmslos „etwas Silbernes", nach der Mitte „ein Gebirge", nach rechts „einen Garten mit Hirschen". Gegen Suggestionen, Lichtveränderungen usw. ist die P. refraktär.

Mitwirken nach der Analyse Elementarsymptome wie die obige des „Schwarz"; da in den Zwischenpositionen nichts gesehen wird, sondern nur extrem rechts, links, in der Mitte, so liegt dasselbe wie bei der Finalbetonung vor: äußerlich ausgezeichnete Punkte bemächtigen sich der Aufmerksamkeit oder zentrieren die Aufmerksamkeit; weiter aber: wie gefühlsstarke Vorstellungsgruppen überbetont mit Aufmerksamkeit zu Gedankenlautwerden führten, so produziert hier die aufmerksamkeitsbetonte Endstellung aus der Orientierungsneigung und optischen Empfindung die Landschaftshalluzination.

Der Vorstellungsablauf im Dämmer zeigt das Hauptcharakteristikum, daß einzelne Vorstellungsgruppen unvermittelt, unverknüpft aufeinanderfolgen und daß die Gruppen in sich systematisiert sind.

Das detailliert beschriebene Verhalten wird zur Unterscheidung vom Vorstellungsablauf in Ideenflucht, Reihenbildung, Inkohärenz: Vorstellungsablauf in Gruppenbildung genannt.

Der Grund dieser Störung ist: jeder affektiv auftretende Vorstellungsinhalt vermag sich der gesamten disponiblen Aufmerksamkeit ungehemmt zu bemächtigen; die Aufmerksamkeit erweist sich dabei von hoher Labilität, in eigentümlicher Mißtätigkeit. — Eine Gruppe, mit außerordentlich viel Affekt beladen, bemächtigt sich allmählich in gesteigertem Maße der Aufmerksamkeit, so daß sie sich andere Gruppen unterordnet, als Dominantgruppe erscheint.

Tritt ein Affekt auf die Bildfläche des Wachzustandes, so ist seine Wirkung nach der normalen Affektwirkung auf dem Boden solcher Auf-

ellt den Tenor der Betrachtungen und Analyse. Er wird zur assoziationspsychologischen Meinung als unableitbar statsachen hingestellt, als objektiv tätiger psychischer an Empfindungen und Vorstellungen in Hervortreibung, Iemmung erweist, demnach keine mythische Wesenheit. nerksamkeit als Inbegriff bestimmter psychischer Wirkstungen erscheint, wird sie eine Energie genannt.

le koordinierte Darstellung in der Beziehung von Sinnesstellung, Affekt zeigt eine Euergasie. Dysergasie ist die benen Falle Lina W. aufgezeigte Fehltätigkeit der die Beanspruchung und Verteilung der Aufmerksamngeregelter, ataktischer Weise, keine Krankheit, kein n ein allgemein psychisches Verhalten in diesem Zu'er Vortrag erscheint in extenso in der „Monatsschrift

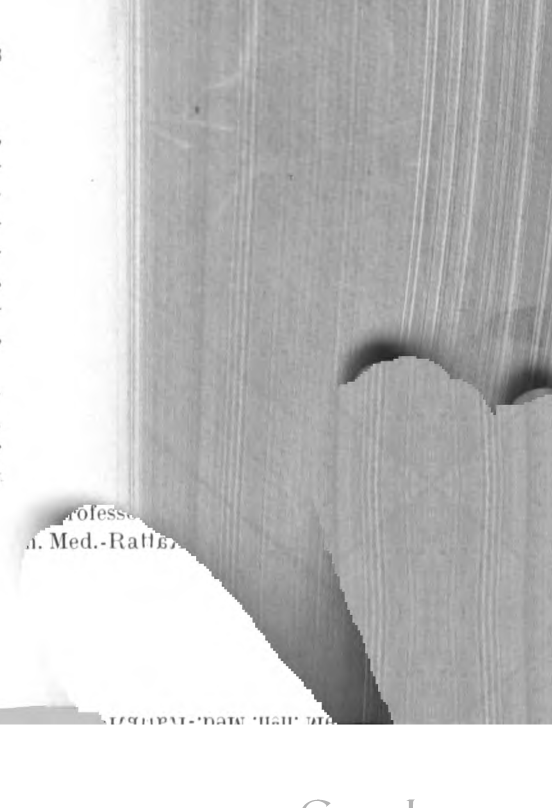
on wird vertagt.

Hans Laehr.

Versammlung des Psychiatrischen Vereins 'ovinz am 23. November 1907 in Bonn.

l die Mitglieder: *Aschaffenburg*, *Becker*, *Behrendt*, *Brockhaus*, *Claren*, *Deiters*, *von Ehrenwall*, *Finkeln-r*, *Fuchs*, *Geller*, *Gerhartz*, *Gudden*, *Hermann*, *Her-nann*, *Hübner*, *Hummelsheim*, *Kleefisch*, *Kölpin*, *Kra-nann*, *Lohmer*, *Lückerath*, *Mörchen*, *Oebeke*, *Orth-ti*, *Rademacher*, *Raether*, *Rieder*, *Rusak*, *Salomon*, Köln, *Schmitz*-Bonn, *Schoepplenberg*, *Schütte*, *Sie-Thywissen*, *Tippel*, *Umpfenbach*, *Ungar*, *Voßschulte*, *Wirsch*.

nwesend: Dr. *Baumann*-Ahrweiler, Dr. *Benning-t* Dr. *Berg*-Düsseldorf, Sanitätsrat *Firle*-Bonn, dent a. D. Exz. Dr. *Hamm*-Bonn, Professor n, Dr. *Maier*-Düren, Kreisarzt a. D. Geh. Med.-Rat t-Bonn.



Der Vorsitzende macht Mitteilung von dem seit der letzten Vereinssitzung erfolgten Tod von *Mendel* und *Hitzig*. Wegen Wegzugs nach Rostock ist der Gerichtsarzt a. D. *Schmidt*-Düsseldorf aus dem Verein ausgeschieden.

Zum Eintritt in den Verein haben sich gemeldet: Dr. *Baumann*, Arzt der *v. Ehrenwall*schen Anstalten in Ahrweiler, Dr. *Benning*, Arzt an der Dr. *Peipers*schen Anstalt in Pützchen bei Bonn, Dr. *Berg*, Gerichtsarzt in Düsseldorf, Dr. *Maier*, Assistenzarzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt in Düren, Dr. *Trapet*, Assistenzarzt der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt in Bonn.

Der stellvertretende Vorsitzende des Vereins, Geh. San.-Rat *Oebeke*, vollendete am 30. August cr. sein 70. Lebensjahr.

Für die Möbius-Stiftung bewilligte die Versammlung einen Beitrag von 100 Mark.

Für die beiden folgenden Versammlungen werden in Aussicht genommen die Referate: 1) Über das Greisenalter in psychopathologischer, pathologisch-anatomischer und forensischer Beziehung. 2) Die psychologische Diagnose des Tatbestandes. Das erste Referat übernimmt Dr. *Hübner*-Bonn und *Aschaffenburg*-Köln für die Frühjahrsversammlung. *Thomsen* schlägt vor, damit eine ausgiebigere Diskussion möglich ist, entweder das Referat bereits vorher gedruckt den Mitgliedern zugänglich zu machen, oder doch gewisse Leitsätze bekannt zu machen, damit man weiß, wohinaus der Referent zielt. Der Vorsitzende befürwortet diesen Vorschlag. —

Dem Antrag des Vorstandes entsprechend, beschließt die Versammlung den bisher aus drei Mitgliedern bestehenden Vorstand um zwei Beisitzer zu erweitern und die Vereinsstatuten entsprechend zu ändern.

Durch Akklamation wird dann der bisherige Vorstand (*Pelman*, *Oebeke*, *Umpfenbach*) wiedergewählt. Zu Beisitzern werden gewählt: Professor *Thomsen*-Bonn und Professor *Westphal*-Bonn.

Durch Akklamation werden dann in den Verein aufgenommen: Dr. *Hermann*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen, Dr. *Kleefisch*, Arzt des Franz Sales-Hauses für Idioten in Essen-Huttrop, und Dr. *Schröder*, Assistenzarzt der Prov.-Heilanstalt Galkhausen.

Es folgt dannn zunächst die Diskussion über den Vortrag von Prof. *Aschaffenburg*-Köln und Prof. Dr. jur. *Heimberger*-Bonn vom 15. Juni cr. über die strafrechtliche Behandlung der Homosexuellen.

Ungar-Bonn wendet sich zunächst gegen den Ausspruch *Aschaffenburgs*, die Homosexualität sei eine Erscheinung psychopathischer Natur. Wenn sich auch gelegentlich einmal bei Homosexuellen Geistesstörung als Ursache des perversen Geschlechtsempfindens nachweisen lasse, wenn auch bei einem oder dem anderen Homosexuellen eine psychopathische Disposition angenommen werden könne, so gehe es doch sicherlich zu weit, in den Homosexuellen ohne weiteres psychopathische Naturen zu sehen. Gegen die Auffasssung spreche schon die Geschichte der Päd-

erastie. Wolle man dieser Auffasssung beipflichten, so müsse man freilich bei der Begutachtung in foro die freie Willensbestimmung stets ausschließen.

Was die Ausführungen *Heimbergers* anbelangt, so glaubt sich *Ungar* der Ansicht nicht verschließen zu können, daß *Heimberger* doch die Bedeutung des Lasters der Päderastie für das Staatswohl unterschätze. *Ungar* glaubt hier wieder auf die Geschichte des Lasters hinweisen zu sollen, namentlich auf dessen verderblichen Einfluß bei den Griechen und Römern. Ein Freigeben der Päderastie würde sicherlich einen höchst ungünstigen Einfluß ausüben. Viele, die sich bis jetzt aus Scheu vor dem § 175 vor Betätigung homosexueller Gelüste hüteten, würden, wenn sie die strafrechtliche Verfolgung nicht mehr zu fürchten hätten, päderastische Handlungen begehen, ja manche würden sich offen als Anhänger des homosexuellen Geschlechtsverkehrs bekennen, sie würden die Verführer anderer. Je größer die Zahl der Päderasten, um so größer sei auch die Gefahr der Verführung. Ob aber dadurch, daß man das Schutzalter bis zum 18., ja selbst bis zum 21. Jahre hinaufrücke, viel gewonnen werde, sei mindestens fraglich. Mit Recht nehme *Heimberger* an, daß, wenn der homosexuelle Verkehr selbst nicht mehr unter Strafe gestellt sei, die Propaganda für homosexuelle Bestrebungen um so ungescheuter betrieben werden würde. Ob es möglich sein werde, einer solchen Propaganda, nachdem man den homosexuellen Verkehr freigegeben habe, durch eine besondere Strafandrohung wirksam entgegenzutreten, sei recht zweifelhaft. Würde man die Päderastie wirklich freigeben, so müsse man besonders auch die Untergebenen gegen homosexuellen Mißbrauch seitens der Vorgesetzten zu schützen suchen.

Mit dem Wegfall der Strafandrohung würden aber auch die Erpressungen, deren *Heimberger* Erwähnung getan habe, nicht aus der Welt geschafft. Wenn auch die Bestrafung wegfiele, so bliebe doch die Furcht vor Bloßstellung, und mit dieser würde der Erpresser um so eher drohen können, als er sich selbst durch den homosexuellen Verkehr einer strafbaren Handlung nicht schuldig gemacht habe.

Oberlandesgerichtspräsident a. D. Dr. *Hamm*-Bonn gab zu, daß die widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts, welche von beiden Seiten f r e i w i l l i g geschehe — und nur darum handle es sich in § 175 —, keine Rechtsverletzung gegen eine andere Person enthalte, erachtete aber deren Bestrafung im öffentlichen Interesse deshalb für geboten, weil eine solche widernatürliche Unzucht die sittlichen Anschauungen der Allgemeinheit und die gesunde körperliche wie seelische Entwickelung des Volkes gefährde. Daß in einer großen Zahl von Fällen keine krankhafte Anlage vorläge, sei durch die zeitweise Verbreitung in einzelnen zusammenhängenden Kreisen, in Konvikten oder Strafanstalten dargetan; es handele sich da offenbar um eine sittliche Ansteckung. Es gebe kein anderes Mittel gegen die Neigung zu widernatürlicher Unzucht

als Selbstbeherrschung, und diese werde durch die drohende Strafe unterstützt. Die Erpressungen würden mit Abschaffung der Strafbestimmung nicht aufhören; die Personen, welche widernatürliche Unzucht trieben, fürchteten nicht so sehr die Strafe, als die drohende Schande und gesellschaftliche Ausstoßung. In Frankreich, das seit 100 Jahren keine Strafbestimmung für widernatürliche Unzucht habe, seien die Erpressungen nicht geringer, als bei uns.

Die Rechtsprechung bestrafe mit Recht aus § 175 nur die beischlafähnlichen Handlungen, die sogenannte Päderastie. Bei dieser handele es sich nicht um eine gegenseitige Onanie beider Personen, sondern um eine Unzucht des einen durch Mißbrauch des andern. Der passive Teil gebe sich dem aktiven dazu her, und zwar in der Regel für Geld. Das, was die Päderastie besonders strafwürdig macht, beruhe auf seiten des aktiven Teils darin, daß er den anderen zur Hergabe für die widernatürliche Unzucht veranlasse und verführe, auf seiten des passiven Teils darin, daß er sich in einer den Menschen entwürdigenden Weise zu einer solchen Unzucht mißbrauchen lasse. Aus diesem Grunde sei es auch keine Inkonsequenz, daß man die widernatürliche Unzucht zwischen weiblichen Personen, welche eine gegenseitige Onanie beider Teile sei, straflos lasse.

Das Schreckliche an dieser Art widernatürlicher Unzucht zwischen Männern sei die männliche Prostitution, die gewerbsmäßige Hergabe von männlichen Personen zur Päderastie, wie sie in den romanischen Ländern, vor allem in Italien, sich schamlos öffentlich anbiete. Diese uns fern zu halten, sei auf das dringendste geboten. Mit Rücksicht hierauf befürwortete Redner, nicht nur die Strafbestimmung des § 175 beizubehalten, sondern die Strafe noch zu schärfen gegenüber männlichen Personen, welche sich gewerbsmäßig zur widernatürlichen Unzucht hergeben. Er empfahl, den § 175 unter Weglassuug der Strafbestimmung für die widernatürliche Unzucht von Menschen mit Tieren und unter ausdrücklicher Beschränkung der widernatürlichen Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts auf die Päderastie folgendermaßen zu fassen:

„Die widernatürliche Unzucht einer Person männlichen Geschlechts durch Mißbrauch einer Person gleichen Geschlechts (Päderastie) ist gegen beide Personen mit Gefängnis zu bestrafen; auch kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden.

Eine Person männlichen Geschlechts, welche die Hergabe zu einer solchen widernatürlichen Unzucht gewerbsmäßig betreibt, ist, wenn sie sich dazu anbietet, mit Zuchthaus bis zu 2 Jahren, wenn sie sich dazu hergibt, mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren zu bestrafen.

In beiden Fällen ist neben der Zuchthausstrafe der Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auszusprechen und kann auf Zulässigkeit von Polizeiaufsicht erkannt werden."

Borntraeger-Düsseldorf: Durch die Gegenüberstellung der Worte „homosexuell“ — übrigens wieder einmal eine medizinische falsche Wortbildung, es müßte heißen „homöosexuell“ — und „heterosexuell“ bzw. „bisexuell“ wird leicht der Eindruck erweckt, als handle es sich um zwei gleich berechtigte Eigenschaften oder Liebhabereien der Menschen, etwa wie ein Mensch Weißwein und der andere Rotwein vorzieht. Dem würde besser schon in der Wortwahl entgegengetreten. Denn da nicht sehr vieles in der Welt so sonnenklar ist, als daß der normale Geschlechtstrieb und Geschlechtssinn sich auf ein Individuum des anderen Geschlechtes richten muß, so ist eben alles Gegenteilige als abnorm oder pervers sexuelll zu bezeichnen und zu brandmarken. Selbst wenn man die „Homosexuellen“ schlechthin als Päderasten bezeichnen wollte, würde man im ganzen doch wohl nicht allzu vielen Unrecht antun. Denn im allgemeinen sind die „Homosexuellen“ ja doch Männer, und das lediglich „homosexuelle Empfinden“ bei ihnen ohne Betätigung dürfte bei genauer Nachprüfung eine Seltenheit vorstellen, sei es, daß das Betätigen verschwiegen wird, oder daß das Ganze mit eigentlicher Sexualität im Grunde wenig zu tun hat. Als „Urning“ oder auch als „homosexuell“ mag sich mancher ohne Scheu selbst bezeichnen; als „pervers sexuell“ oder gar als „Päderast“ wird sich niemand so leicht benannt sehen wollen. Und einen „Verein der Päderasten“ oder der „Pervers Sexuellen“ könnte es ebenfalls nicht geben. Das ist m. E. wichtig festzuhalten, um bei klaren Begriffen zu bleiben.

Was die Stellung der Psychiatrie zur Strafbarkeit der Päderastie und sonstiger „homosexueller“ Betätigung im Sinne des § 175 St.G.B. anlangt, so dürfte es für sie genügen, fest zu betonen, daß derartiges Ausfluß oder Begleiterscheinung von Geistesstörung sein kann und in diesem Falle nach § 51 St.G.B. straflos zu bleiben hat. Selbstverständlich muß die Geisteskrankheit bestimmt erweislich sein und darf nicht etwa bloß aus einigen Absonderlichkeiten oder wohl gar lediglich aus dem Bestehen der „Homosexualität“ gefolgert werden. Auch wird es unerläßlich sein, im Falle der Geisteskrankheit auf die Gemeingefährlichkeit, die alsdann eventuell besteht, hinzuweisen, damit das zum Schutze der Allgemeinheit Nötige seitens der Gerichte veranlaßt werden kann.

Nun wird mehrfach empfohlen, den § 175 aufzuheben. Ich habe mich der bestimmten Worte der Herren Vorredner gegen diese Absicht gefreut und kann mich ihnen nur auf das bestimmmteste anschließen.

Was wird dem Paragraphen vorgeworfen?

1. Man sagt: Die Auslegung ist schwankend, was unter „widernatürlicher Unzucht“ zu verstehen, in welchen Handlungen sie zu finden sei.

M. E. gibt es derartige Unsicherheit und Zweifelhaftigkeit auch sonst noch vielfach im Strafgesetzbuch. Man wird deswegen aber die Strafbarkeit des Betruges, der Untreue, der Beleidigung, des groben Unfugs

usw. nicht aufheben, sondern höchstens darnach streben, den Tatbegriff möglichst scharf zu fassen.

2. Man sagt, es fehle an einem durchgreifenden Prinzip bei den verschiedenen Nationen, die einen straften analog § 175, die anderen modifiziert, wieder andere gar nicht. M. E. ist aber doch ein Prinzip erkennbar, nämlich: die germanischen Völker (mit Ausnahme von Holland, aber mit Einschluß von England und im allgemeinen von Nordamerika), die Slawen und die Ungarn bestrafen die widernatürliche Unzucht, die romanischen Völker nicht. Soll da das Deutsche Reich nun vorgehen und die Strafbarkeit aufheben? Berechtigen uns wirklich die Zustände in romanischen Ländern dazu, unsere eigenen Prinzipien aufzuheben und jene anzunehmen? Man gehe doch nur z. B. in Neapel oder in Palermo oder sonst in einer Stadt zumal des südlichen Italiens langsam auf belebter Straße seines Weges, und sofort und fortgesetzt wird man mit Fragen behelligt werden, ob man ein Mädchen oder einen Knaben wolle — wieder, als ob es sich um zwei gleichartige Dinge handele. Wohl gemerkt! Es wird stets ein Knabe oder ein Jüngling angeboten! Man erkennt da sofort die Abrichtung und Verführung in der Jugend.

Nein, diese Zustände sind wahrlich nicht dazu angetan, uns von unseren bewährten Prinzipien abzubringen.

3. Es wird behauptet, der § 175 habe nichts genützt. Denn die Zahl der „homosexuell Veranlagten" werde im Deutschen Reiche auf 1 200 000, in Berlin auf 56 000 veranschlagt. Dabei betrage die Zahl der Bestrafungen im Deutschen Reiche jährlich 253—289; das stehe in keinem Verhältnis.

Sie wollen bei dieser Gegenüberstellung zunächst beachten, wie hier „homosexuell veranlagt" und „Päderast" praktisch so etwa promiscue gebraucht wird. Aber was besagt denn das Ganze? Wie sind diese ungeheuerlichen Zahlen ermittelt? Etwa unter Befragung der Schüler an Hochschulen mit Fragebogen? Dann ist dieses Befragen ebenso frivol wie das Ergebnis anfechtbar. Wir müssen uns mit Bestimmtheit gegen die Behauptung wehren, als sei das deutsche Volk so herabgekommen, daß es eine so ungeheuere Zahl geschlechtlich Perverser, also überhaupt Degenerierter unter sich habe; das ist entschieden nicht wahr.

Wäre es aber wahr, dann wäre es die allerhöchste Zeit, Ernst zu machen, das Leisetreten aufzugeben und verschärft gegen die Anhänger der Straftaten des § 175 und ihre „Konkneipanten" und Vorstufen vorzugehen, nicht aber den Paragraphen aufzuheben; ebensowenig wie man bei etwaigem Zunehmen der Diebstähle die Strafbestimmungen gegen Diebstahl lockert.

4. Es heißt: Der § 175 führt zu vielen Erpressungsversuchen. Auch das ist nicht richtig. Nicht der Paragraph führt dazu, sondern der überall, auch bei den Romanen nicht ausgestorbene Instinkt, daß Päderastie, aktive wie passive, und Darbietung dazu etwas Schimpfliches, den Mann

ıcht zwischen Weibern im Sinne des § 175 in Frage kommen
Onanie kommt hier bekanntlich nicht in Betracht —, so ist
o Seltenes, daß eine Strafandrohung völlig deplaciert wäre.
curat praetor!

ter heißt es: die ganze Päderastie ist Privatsache, sie ist nur
n beide „Kontrahenten" wollen; also geschieht niemand ein
egt Verführung oder Gewalttat oder Benutzung Minder-
Verletzung der öffentlichen Sittlichkeit oder sonst irgendein
delikt vor, so straft man aus anderen Paragraphen; der
unnötig, und man soll keine unnötigen Strafbestimmungen

trifft m. E. nicht zu, man könnte sonst noch manchen
es Strafgesetzbuches aufheben, so z. B., um bei den sexu-
en zu bleiben, den gegen den Beischlaf zwischen Verwandten
3, insoweit auch dieser als Privatsache angesehen werden
derseitiger Zustimmung erfolgen kann, aber doch strafbar

e Unnötigkeit von Strafbestimmungen anlangt, so kommen
en, welche den § 175 aufgehoben haben wollen, mit anderen
3. mit Hinaufrückung des Schutzalters. Bestrafung der
ınlichen Prostitution, Strafandrohung der Propaganda
tät" u. dergl. m. Sie wollen also keine Verringerung
fparagraphen, sondern nur Ersatz des alten, ja, Ver-
nige Surrogate.

ı alle Bestrebungen, den § 175 aufzuheben, als ver-
ierend, und ungemein charakteristisch für die ganze
mmer gerade die Aufhebung der Bestrafung der Päd-
, aber die Aufhebung der Bestrafung der Sodomiterei,
eren, die doch auch im § 175 enthalten ist, dabei
entbehrt werden könnte, nur so nebenher behan-

t auch bei uns schon weit gekommen. Von „Homo-
ı vielfach ganz öffentlich geredet und geschrieben, als
selbstverständlichsten Dinge, um berechtigte Eigen-
hl gar um arme Verfolgte handelte, und man ent-
Zeit zu Zeit durch Flugschriften usw. aufzufordern,

sich dieser Bewegung anzuschließen, ja, mehr oder minder unverblümt diejenigen als unmodern und einsichtslos hinzustellen, welche die Päderastie als eine ungemeine Schmutzerei und Verächtlichkeit und die ganze „Homosexualität“ als dieses Lasters Anfang ansehen.

Schließen wir uns dem nicht an, sondern machen wir energisch Front dagegen. Lassen wir es nicht zu, daß der Anschein erweckt werde, als fänden die „Homosexuellen“ in der psychiatrischen Wissenschaft eine Stütze für ihre Perversitäten, die doch in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle nur die Folgen der Übersättigung und der Liederlichkeit sind. Brandmarken wir diese Leute als das, was sie sind, und treten wir nicht für Aufhebung des § 175 St.G.B. ein, sondern für seine Verschärfung, dahingehend, daß mindestens die Verführung zur widernatürlichen Unzucht und die Benutzung Minderjähriger mit erhöhter Strafe geahndet wird. Damit werden wir der Zukunft unseres Volkes den besten Dienst erweisen.

Thomsen-Bonn: Mir scheint, daß die Psychiater weder einzeln noch in ihrer Gesamtheit besondere Veranlassung haben, sich für die Abschaffung oder Beibehaltung des § 175 zu erwärmen.

Die „homosexuelle Empfindung“ fällt ja nicht unter den Bereich dieses Paragraphen, sondern nur die Betätigung im Sinne und in der gebräuchlichen Auslegung desselben.

Da, wo diese Betätigung die Folge oder Begleiterscheinung einer ausgesprochenen geistigen Störung ist, genügt der § 51 des B.G.B. vollständig. Wo die homosexuelle Betätigung vorhanden ist bei einem zwar nicht geisteskranken aber ausgesprochen psychopathischen minderwertigen Individuum, da genügt ebenfalls der § 51 in der Auslegung, welche wir ihm auch sonst bei den Delikten minderwertiger Inkriminierter (Exhibitionismus, sexuelle Vergehen anderer Art usw. bei Debilen, Psychopathen, Hysterischen usw.) geben, eventuell auch Zuziehung des Begriffes der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“.

Bei der dritten Gruppe der Homosexuellen, bei denen außer dieser Eigentümlichkeit nur ganz leichte oder zweifelhafte psychopathische Symptome vorhanden oder nachweisbar sind, begeben wir uns auf ein Gebiet, auf dem die Mehrzahl der Psychiater, abgesehen von wenigen Ausnahmen, kraft des Berufes durchaus keine durch reichliche Erfahrung begründete besondere Sachkenntnis besitzt.

Es scheint mir aber zweifellos, daß für diese Gruppe und ebenso für die zweite Gruppe der psychopathischen homosexuell Empfindenden die Strafandrohung des § 175 ein nicht ganz zu unterschätzendes Moment darstellt, um sie von der Betätigung zurückzuhalten.

Daher können die Psychiater wohl das weitere Schicksal des § 175 ruhig den Juristen überlassen.

Pelman macht darauf aufmerksam, daß der Psychiatrische Verein nicht die Absicht hat, als solcher eine bestimmte Stellung zu der Frage des § 175 einzunehmen.

Wasser. Das Primäre des
ıanie; diese ist die häufigste
htet sich in erster Linie die
əxuellen gezüchtet. Wenn
vor Gericht in den meisten
die Päderasten der Strafe

eint, der passive Päderast
ıtliche Erregung zu haben,
inen gerichtsärztlichen Er-
passiven und onaniert an

ın die homosexuellen, auf
erhaupt bestraft werden.
. *Unger* angeführten Grün-
. ... Strafgesetzbuch das als strafbar bezeichnet wird, was
ıeinen Volksauffasung strafbar ist.

.fenberg glaubt nicht, daß die Zahl der Homosexuellen
i ist, wie sie angegeben wird. Wenn die Homosexuellen
·n wären, so müßten die praktischen Irrenärzte, nament-
·n Anstalten, doch auch mehr Gelegenheit haben, homo-
n zu beobachten. Eine wirkliche ausgesprochene Homo-
kaum je gesehen.

sucht die einzelnen Einwendungen zu widerlegen und
Standpunkt.

;-Köln bedauert aufs höchste, daß sich die Diskussion
damaligen Vortrag angeschlossen habe. Sonst wäre
ndnis nicht möglich gewesen, das sich durch die ganze
:hgezogen hätte, das Zusammenwerfen von Homo-
derastie.

ı drei Gruppen unterscheiden: 1. die Homosexualität,
ch im Empfindungsleben abspielt, 2. die Homosexu-
:rebt, ihre sexuellen Empfindungen in die Tat umzu-
·astische Handlungen, begangen von Nichthomosexu-

erein unmöglich, überhaupt eine Diskussion zu führen,
z verschiedenen Gruppen nicht scharf auseinander-
geht überhaupt nur den Arzt an. Und hier möchte



doch *A.* gegenüber *Thomsens* Äußerung schon allein wegen des Bestehens dieser Gruppe sich aufs entschiedenste dafür aussprechen, daß der Arzt bei der Frage der Homosexualität sein Urteil in die Wagschale wirft. Der Richter lernt doch nur diejenigen Leute kennen, die homosexuelle Handlungen begehen. Das sind aber nicht alles Homosexuelle, und umgekehrt machen sich viele Homosexuelle nie in ihrem Leben einer strafbaren Handlung schuldig. Allerdings ist die Kenntnis vom Wesen der Homosexualität nicht auf Grund sensationeller Fälle und ebensowenig auf Grund der Beobachtung der wegen § 175 Bestraften zu erwerben. Es gehört dazu die genaueste persönliche Kenntnis zahlreicher Homosexueller. Sonst kommen so schiefe Beurteilungen heraus, wie sie vielfach und auch heute laut geworden sind. Dazu rechne ich auch die Auffassung, daß die Homosexualität eine Folge der Onanie sei, und daß deshalb jede onanistische Handlung, an einem anderen begangen, den Strafbestimmungen des § 175 unterstellt werden müsse. Wohin das führen würde, sucht *A.* zu illustrieren durch den Hinweis, daß nach seiner Überzeugung die meisten männlichen Personen vorübergehend onaniert hätten; daß von diesen wieder ein recht großer Bruchteil durch Schulkameraden zur Onanie verführt worden sei. Dann müßten bei zielbewußter Durchführung der erwähnten Anschauungen sehr viele Kinder vor den Strafrichter kommen und könnten höchstens wegen mangelnder Einsicht in die Strafbarkeit ihrer Handlungen von der Strafe befreit werden.

A. kennt Homosexuelle aller Stände und aller Berufsarten. Die statistischen Aufstellungen *Hirschfelds*, nach denen 1—2 % aller Menschen homosexuell sein sollen, hält er für völlig verfehlt, aber es läßt sich nicht in Abrede stellen, daß die Zahl der Homosexuellen überaus groß ist; *A.* glaubt nicht zu weit zu gehen, wenn er behauptet, daß jeder der Anwesenden unter seinen Bekannten, ohne es zu wissen, einen oder den anderen Homosexuellen kenne, manchen sogar zu seinen Freunden rechne. Wer von zuverlässigen und glaubwürdigen Personen einmal eine Schilderung der Leiden angehört hat, die Homosexuelle infolge der Niederkämpfung ihres Geschlechtstriebes, der meist pathologisch verstärkt ist, durchzumachen haben, der peinlichen Lage, in die sie gesellschaftlich kommen, der dauernden Angst, als homosexuell erkannt zu werden, der wird nicht in dem Homosexuellen den verkommenen Wüstling sehen, sondern einen bemitleidenswerten Kranken. So lange allerdings nur, als er nur homosexuell f ü h l t, nicht sich homosexuell b e t ä t i g t. Und da behauptet *A.* auf Grund seiner Erfahrungen, daß die meisten Homosexuellen sich damit begnügen, sich gegenseitig zu küssen, zu umarmen, unter Umständen auch zu gegenseitiger Onanie kommen, daß aber der coitus in anum auch von den meisten Homosexuellen perhorresziert wird.

Die 3. Gruppe, die der Päderasten, ist dem Vortr. genau so widerlich, wie wohl allen Anwesenden; soweit sie nicht Homosexuelle sind oder sonst pathologisch, gehen sie den Arzt überhaupt nichts an.

en letzteren aber, dem wissenschaftlich humanitären Ko-
Vortr. das Ergebnis seiner Untersuchungen entgegenhalten
s darin gipfelt: Die Homosexualität ist keine angeborene
ndern wird erworben, und zwar nur da, wo eine psycho-
position den geeigneten Boden abgibt. Diese Auffassung
rechtliche Behandlung von der allergrößten Bedeutung.
exualität erworben werden, so müssen wir unsere Jugend-
efahr schützen, durch männliche Personen in die Geheim-
htslebens eingeweiht zu werden; deshalb muß das Schutz-
endlichen erheblich erhöht werden. Geschieht das aber,
Psychiater ruhig den § 175 fallen sehen. Wir haben keinen
eitigung zu bedauern.

erat über impulsives Irresein.

r-Bonn: Eine Durchsicht der Literatur lehrt, daß der
sivität ein durchaus schwankender und unbestimmter
Handlung ist zudem für den einen ein Symptom, das
lensten psychopathologischen Zuständen vorkommt,
der das wesentliche Merkmal für eine bestimmte Psy-
ve Irresein". Wenn wir im Hinblick auf die bestehen-
und Schwierigkeiten den Versuch machen wollen,
webenden Fragen näher zu kommen, so wird es un-
ichst die historische Entwicklung des Begriffs der
verfolgen, um dann erst zu der Darstellung der neueren
ehen. Nur so wird sich der gegenwärtige Stand der
sen. *Ziehen*[1]) hat uns hier in seiner kritischen Über-
sen, den wir auch im folgenden einschlagen werden.
daß die Folie impulsive aus der alten Lehre von den
ervorgegangen ist. *Esquirol* sprach von einer Mono-
intellektuellen oder moralischen Defekt, bei der eine
che „impulsion" ohne Überlegung und ohne Moti-
hinreiße. *Pinel* nannte diese Monomanie instinc-

iten über pathologische Unzurechnungsfähigkeit.
und Neurol. Bd. XI. Der Schluß der Abhand-
ens bisher nicht erschienen.



tive *Esquirols* Manie sans délire und nahm an, daß bei ihr nur die affektiven Vorgänge gestört seien. Unter dieser Flagge der Monomanie instinctive wurden damals die verschiedenartigsten Fälle publiziert, die klinisch der Epilepsie, Hysterie, Melancholie, Imbezillität, Paralyse, den Zwangsvorstellungen u. dergl. zuzurechnen sind. Nachdem nun *Prichard* das Krankheitsbild der Moral insanity aufgestellt hatte mit der Definition, daß es sich hierbei um eine krankhafte Verkehrung der Affekte und Triebe ohne wesentlichen Intelligenzdefekt und ohne eine anderweitige Denkstörung handle, wurde das moralische Irresein mit der Monomanie instinctive zusammengeworfen, und schließlich kam noch die sog. Folie oder Manie raisonannte als Dritte im Bunde hinzu.

Während *Esquirol* das Fehlen von Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen bei der Monomanie betont hatte, rechnete man nun auch solche Fälle dazu, in denen Halluzinationen die impulsiven Handlungen veranlaßt hatten.

Erst im Verlauf vieler Jahrzehnte konnte die Lehre von den Monomanien im alten Sinne zu Fall gebracht werden, und zwar gelangte man bei zunehmender Kritik zunächst zu der Überzeugung, daß man die Existenz einer zirkumskripten Erkrankung der Willenskraft bestreiten müsse, und daß es keine Psychose geben könne, die sich lediglich in verkehrten Handlungen äußern solle. Mit dem genaueren Studium und der besseren Kenntnis klinischer Krankheitsformen bröckelte mehr und mehr von dem ehemals so stolzen Gebäude der Monomanien ab; man eliminierte die Affektstörungen, die durch geistige Schwäche charakterisierten Zustände, ferner die Epilepsie und Hysterie. Einen bemerkenswerten Fortschritt bedeutet die Erforschung der Zwangshandlungen und ihre Abtrennung von den impulsiven.

Wie stellen sich nun auf Grund der Vorarbeiten früherer Zeiten die neueren Lehrbücher zur Frage des impulsiven Irreseins? Nach *Emminghaus* sind krankhafte Impulse eigentümliche psychische Prozesse, welche sozusagen innerlich vernommene Vorschläge zur Vollführung gewisser unmotivierter, verkehrter oder den Sittengesetzen geradezu widerstrebender Handlungen zum Bewußtsein bringen. Diese psychischen Lebenserscheinungen werden heute in den Wortbegriffen: impulsives oder instinktives Irresein zusammengefaßt. Solche Aktionen kommen bei vielen psychischen Störungen vor, vorzugsweise bei epileptischen und hysterischen Zuständen sowie bei schwerer erblicher Belastung und beim moralischen Irresein. *Schüle* handelt die impulsiven Akte beim hereditären Irresein ab und meint, sie hätten alle das Gemeinsame, daß sie auf einer angeborenen oder erworbenen neuropathischen Grundlage beruhen; niemals aber kämen sie als isolierte Symptome vor. Nur unter Miteinbeziehung eines allgemeinen psychischen Hirnleidens als Grundlage könne man von einem „impulsiven Irresein“ reden. In ähnlichem Sinne äußert sich *Kirchhoff*.

sen; man müsse bei der Diagnosenstellung stets jene psy-
nkung anführen, bei der jeweilig die Symptome des impul-
s in Erscheinung treten. Die Beurteilung werde um so
olierter bisher solche impulsive Akte an den Untersuchten
rden. Bei *Scholz* ist von einem triebhaften periodischen
de, wozu er die Dipsomanie rechnet; ferner wird das Trieb-
landlungen der moralisch Irrsinnigen erwähnt mit der Be-
lie meisten der früheren sog. Monomanien nichts anderes
einungsformen des als Moral insanity sich kennzeichnenden
Nach *Pilcz* ist das für die Impulsivität Charakteristische
e Willensanstrengung und Überlegung zu bekämpfende
Zwang. Der Versuch, dem Antrieb zu widerstehen,
ühle, Angstempfindungen herbei. Forensisch müsse der
lotivlosen, des Zwangsmäßigen gelingen. Die mit einer
izität einhergehenden Fälle erörtert der Autor unter
„periodischen Monomanien". *Cramer* trennt in seinem
richtlichen Psychiatrie die impulsiven Handlungen nicht
len aus Zwangsvorstellungen resultierenden, bei denen
sich des Krankhaften der Erscheinung wohl bewußt
triebe, Kleptomanie u. ähnl. werden bei den Zwangs-
ındelt; daß letztere ganz isoliert ohne jede andere Stö-
ird nach der Ansicht des Autors so gut wie gar nicht
h *Krafft-Ebing* hat der impulsive Akt als solcher nur
nes Einzelsymptoms, das die Vermutung eines degene-
n Zustandes hervorruft. In dem Nachweis eines solchen
ınkt der klinisch-forensischen Expertise. Zu den dege-
en rechnet der Autor die erblichen, im Gewand hyste-
tischer Neurose auftretenden Fälle, dann die durch
auma capitis erworbenen. *Delbrück* erwähnt die im-
nur sehr kurz und betrachtet sie als eine Erscheinung
seins. In dem neuen Lehrbuch von *Binswanger* und
n impulsives Irresein als besondere Form nicht auf-

cht von impulsiven Handlungen, die durch Phoneme
d beschreibt dann solche, deren hyperkinetische Ent-
Auskunft der Kranken unzweifelhaft sei, aber auch
ıhang der ganzen Krankheit herzuleiten sei. Nach
lles fährt er dann fort: „In diesem Falle zeigten die
gen ebenso wie die Sprachbewegungen (Koprolalie)
rung als unter krankhaftem Reiz entstehende Ziel-



vorstellungen... Wir werden gut tun, nur derartige psychomotorisch bedingte Handlungen als impulsive zu unterscheiden.... Besonders kennzeichnend aber ist für diese impulsiven Handlungen die Zugehörigkeit zum Verlauf einer ausgeprägten Psychose." Wie *Ziehen* mit Recht betont, läßt sich aus den Ausführungen von *Wernicke* nicht mit Sicherheit entnehmen, ob er die Existenz einer ausschließlich durch impulsive Handlungen gekennzeichneten Psychose anerkennt.

Ausführlicher behandeln unser Thema *Kraepelin* und *Hoche*. *Kraepelin* faßt unter der vorläufigen Bezeichnung des impulsiven Irreseins alle diejenigen Formen des Entartungsirreseins zusammen, denen die Entwicklung krankhafter Neigungen und Triebe eigentümlich ist. Der Kranke handelt ohne klaren Beweggrund, einfach weil er den unwiderstehlichen Antrieb in sich fühlt, zu handeln. Wichtig sind die in einer bestimmten einseitigen Richtung entwickelten Antriebe, unter denen der Verfasser insbesondere den Wandertrieb, die Neigung zu Brandstiftung, Diebstählen und den Antrieb, zu verletzen oder zu töten, hervorhebt. Nach seiner Auffassung findet sich in schwereren Fällen meist ein höherer oder geringerer Grad von Schwachsinn; auch bei leichteren sei wohl selten ein Zurückbleiben der gesamten geistigen Ausbildung zu vermissen, besonders auf gemütlichem Gebiete. Die klinischen Erscheinungen des impulsiven Irreseins treten oft in den Entwicklungsjahren hervor. Man soll nach den Worten *Kraepelins* nur da impulsives Irresein annehmen, wo wirklich der triebartige Ursprung des Handelns ohne klares, vernünftiges Ziel deutlich hervortritt, und wo auch sonst die Anzeichen einer krankhaften Veranlagung im Seelenleben erkennbar sind.

Für *Hoche* sind die impulsiven Aktionen identisch mit Triebhandlungen; sie kommen vor bei Bewußtseinstrübung, beim Bestehen abnormer Gefühle und Stimmungen neben gleichzeitiger intellektueller Schwäche, bei manchen Psychosen und bei den sog. Entarteten. Steht bei den Entarteten das impulsive Handeln beherrschend im Vordergrunde, so spreche man auch wohl von impulsivem Irresein. Die impulsive Handlung müsse von der Zwangshandlung wohl unterschieden werden; die letztere sei gekennzeichnet durch das Gefühl des wider Willen und besseres Wissen Gezwungenwerdens, es finde ein schmerzhafter Kampf der Motive mit zweifelhaftem Ausgange statt, während bei der Impulsion der Trieb zur Handlung führe, ehe Gegenmotive wach geworden, manchmal unter Angstempfindungen, die nach der Tat schwinden, andere Male von vornherein mit dem Gefühl der Befriedigung. Die klinische Untersuchung, schließt *Hoche*, hat die krankhaften Wurzeln der impulsiven Handlungen in der Gesamtpersönlichkeit zu zeigen. Auffallendes bei der Tat selbst, Sinnwidrigkeit, Mangel an späterer Reue u. dergl. gibt an sich keinen sicheren Beweis für eine geistige Anomalie, zunächst nur die Aufforderung zur Prüfung des Geisteszustandes des Täters.

er erkennt er ausdrücklich im Sinne der alten Lehre be-
sionen an, die er übrigens von den Zwangsvorstellungen
terscheidet. *Dagonet* und *Duhamel* unterscheiden zwischen
impulsiven Akten und dauernden Impulsionen. Das
ner Psychose, deren wesentliches, vorherrschendes und
hes Symptom primäre Impulsionen sind, wird anerkannt:
ie morale impulsive bezeichnet und mit der Monomanie
Esquirol ausdrücklich identifiziert. Für *Magnan* fallen
npulsionen in das Gebiet der Folie des dégénérés.

Verwirrung entsteht noch dadurch, daß oft abwechselnd
en die Bezeichnungen „impulsion" und „obsession" ge-
während doch der Ausdruck „obsession" lediglich für die
wußtsein einhergehenden Fälle, also für die Zwangsvor-
iert sein sollte. In dem großen Sammelwerk von *Ballet*
en Handbuch von *Rogues de Fursac* werden die impul-
als „obsessions impulsives" unter den konstitutionellen
gehandelt, und zwar mit ziemlich starkem Anklang an
squirol; Dipsomanie, Kleptomanie, Pyromanie, Mord-
›manie werden völlig gesondert besprochen. Insbe-
auf den Aufsatz von *Bourdin*[1]) „De l'impulsion" ver-
m der Verfasser bewußte, unbewußte Impulsionen,
n und Mischformen unterscheidet. Die Impulsion
arstellung stets Teilerscheinung eines anderweitigen
szustandes; von den obsessions wird nicht streng

ischen Lehrbuch von *Savage* finden sich keine be-
führungen.

in einer skandinavischen Arbeit zu dem Schluß,
impulsiver Wahnsinn nicht existiere. —

nun, daß man auf Grund der historischen Weiter-
griffs und im Hinblick auf die heutige Literatur die
im engeren Sinn als eine solche definieren kann,
erung durch normale oder pathologische Affekte,
Vorstellungsreihen und insofern zwangsmäßig, aber
Bewußtsein ihrer Krankhaftigkeit auftrete und eine
und ein normales retrospektives Krank-

psychol., 1896.
ntralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1895, S. 265.



heitsbewußtsein hinterlasse. *Rauschke*[1]) fügt in seiner später veröffentlichten Publikation aus der Charité zu dieser Definition noch hinzu, daß *Ziehen* als impulsive Handlungen jetzt solche aufgefaßt wissen wolle, bei denen das Spiel der Motive ausgeblieben sei. —

Im Rückblick auf das bisher Gesagte drängt sich uns nun die schon früher aufgeworfenen Frage auf, ob denn trotz all dieser Entblätterungen und Beschneidungen die Folie impulsive noch zu Recht bestehen bleibt, und ob es in der Tat noch krankhafte „impulsive" Handlungen gibt, welche keinem der zurzeit bekannten psychotischen Zustände angehören und infolgedessen als Ausfluß des impulsiven Irreseins als eines psychiatrisch feststehenden Krankheitsbegriffes angesehen werden müssen.

Die Durchsicht der Literatur und insbesondere der mir zugänglichen, nicht geringen Kasuistik, auf die ich hier im Rahmen des gedrängten Referates nicht eingehen kann, zwingt jedenfalls nicht dazu, das impulsive Irresein als eine besondere Form aufzufassen. Handelt es sich um gut beobachtete und genau durchgearbeitete Fälle, so läßt sich in der Regel das Vorliegen eines Grundzustandes nachweisen, in dessen Symptomatologie die Impulsivität eine mehr weniger augenfällige Rolle spielt. Es handelt sich dabei sehr häufig um epileptische und epileptoide Zustände, um ein hysterisches, imbezilles Individuum oder um eine auch in anderen Zügen hervortretende Entartung; auch ist nicht so selten der Alkohol mit im Spiele. Daß Zwangsvorgänge und andere psychotische Zustände zu Täuschungen Anlaß geben können, ist bereits hervorgehoben worden. Sogar die Autoren, welche das impulsive Irresein gesondert besprechen, drücken sich recht vorsichtig und reserviert aus, So rechnet *Kraepelin* diese Fälle zu dem vielgestaltigen Entartungsirresein und nennt das impulsive Irresein ausdrücklich nur eine „vorläufige" Bezeichnung. Er vermißt auch bei den leichten Fällen selten ein Zurückbleiben der gesamten geistigen Ausbildung, besonders auf gemütlichem Gebiete. Auch werden sich möglicherweise, meint er weiter, später noch manche Beobachtungen als zur Epilepsie gehörig erweisen, und schließlich verlangt er selbst, daß beim impulsiven Irresein auch sonst Anzeichen einer krankhaften Veranlagung im Seelenleben oder anderweitige krankhafte Symptome erkennbar sind.

Auch *Rauschke* kommt bei der Diagnose des in seinem oben zitierten Aufsatze über impulsives Irresein mitgeteilten Falle von impulsivem Fortlaufen eines Soldaten zu dem Schluß, daß man sich auf die Bezeichnung „impulsive Handlungen auf dem Boden der Debilität" beschränken müsse.

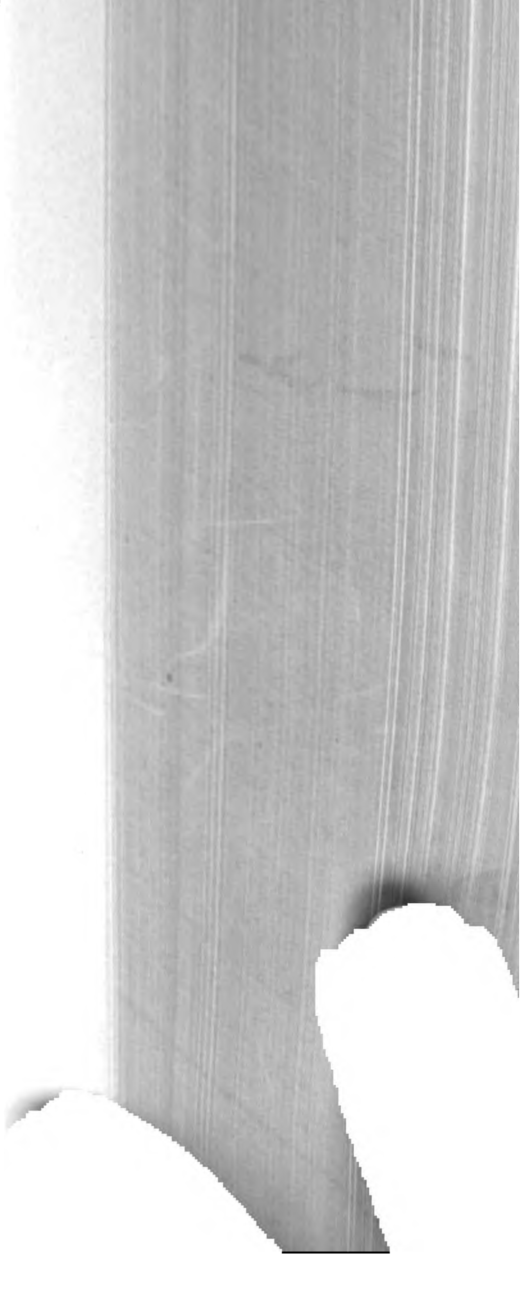
[1]) Über impulsives Irresein. Charité-Annalen, XXX. Jahrgang.

ren für die Wanderungen zu eruieren. Ebenso wird in dem von
lbst mitgeteilten Falle betont, daß in den einzelnen Anfällen
laufen ein auslösender motivierender Affekt nachweisbar ist.
hier finden sich psychische Ausnahmezustände, wie Verstimm-
l Affekte, die uns das psychologische Zustandekommen der
Handlungen nicht mehr so rätselhaft erscheinen lassen und
eine Motivierung nicht vermissen lassen.

rhin wird vorläufig noch eine gewisse Anzahl von impulsiven
unerklärlich und unverständlich bleiben. Aber das dürfte
ollkommenheit unserer psychiatrischen Diagnostik zusammen-
es nicht ermöglicht, alle Fälle von abnormen Seelenerschei-
os nach einem bestimmten Klassifikationsschema zu rubri-
em führen auch fließende Übergänge in das Gebiet eigen-
ähnlicher Handlungen beim anscheinend Geistesgesunden.
m Zusammenhang sind noch gewisse, nicht selten periodisch
ktionen Jugendlicher anzuführen, „deren Grausamkeit und
im Mißverhältnis zu der ganzen geistigen Entwickelung
ht". Bevorzugt sind hierbei vielfach weibliche Individuen
· Pubertätsentwicklung. *Wilmanns*[2]) hat unlängst einen ein-
eingehend analysiert. Es handelt sich um ein Mädchen
, das bei einem Arzte als Kindermädchen im Dienst war
s ganz plötzlich das ihr anvertraute $1^3/_4$ jährige Kind zu
hte. Die Beobachtung ergab, daß das Mädchen zurzeit nicht
r und eine ihrem Alter entsprechende normale geistige
Veranlagung zeigte. Das unerklärliche Verbrechen stand,
ı Zeugenaussagen und der eigenen Beobachtung ergab,
gensatz zu dem inneren Wesen der Angeklagten. *W.* hält
Täterin, sie habe das Verbrechen aus H e i m w e h ver-
rdig und glaubt hierin einen Schlüssel zum Verständnis
inden.

orreferent wird im zweiten Teile dieses Referates bei der
Zustände, die ein impulsives Irresein vortäuschen können,
:t angeführten Gruppe von Fällen noch näher befassen.
am Schlusse meiner Ausführungen angelangt.
och einmal kurz zusammen, so wäre das Ergebnis fol-
n a h m e eines impulsiven Irreseins als

'sych. u. Neurol., Bd. XXIII.
oder impulsives Irresein? Monatsschr. f. Kriminal-
Jahrg.



selbständige Form läßt sich nicht hinreichend rechtfertigen; die Impulsivität ist vielmehr ein Symptom, das bei den verschiedensten Krankheitsgruppen vorkommen kann.

2. Korreferent *Aschaffenburg*-Köln führt aus, daß ihm infolge der Darstellung durch Kollegen *Foerster* wenig mehr zu sagen übrig bliebe. Aus der sorgfältigen Übersicht über den derzeitigen Stand der Frage, den *Foerster* gegeben habe, gehe hervor, daß man bei uns in Deutschland das impulsive Irresein als selbständige Form im allgemeinen fallen gelassen habe. *A.* hat sich auf Grund der Beschreibungen anderer ebensowenig wie durch das Studium selbstbeobachteter Fälle davon überzeugen können, daß wir berechtigt sind, von dem inpulsiven Irresein als einer Krankheit zu sprechen. Wenn *Ziehen* dahin Handlungen rechne, die ohne Motivierung durch normale oder pathologische Affekte, Empfindungen oder Vorstellungsreihen auftreten, so meint *A.*, derartige Handlungen gebe es wohl schwerlich. Denn jede Handlung müsse irgendwie bedingt sein. Es sei wohl auch anzunehmen, daß *Ziehen* das gleiche meint wie *Kraepelin*, der von Handlungen ohne „klaren Beweggrund" spricht. Am klarsten ist vielfach die Definition *Hoche*s: „Der auftauchende Trieb führt zu Handlungen, ehe Gegenmotive wach geworden sind, manchmal unter Angstempfindungen, die nach der Tat schwinden, andere Male von vornherein mit dem Gefühl der Befriedigung." Aus allen diesen Definitionen geht aber hervor, daß die Autoren mehr von einem Symptom als von einer Krankheit sprechen, und so möchte Vortr. auch das impulsive Irresein aufgefaßt haben. Seiner Ansicht nach ist es eine Krankheitserscheinung, die den verschiedensten Krankheitsformen angehört. Zu diesen Krankheiten, die ein impulsives Irresein vortäuschen, gehören:

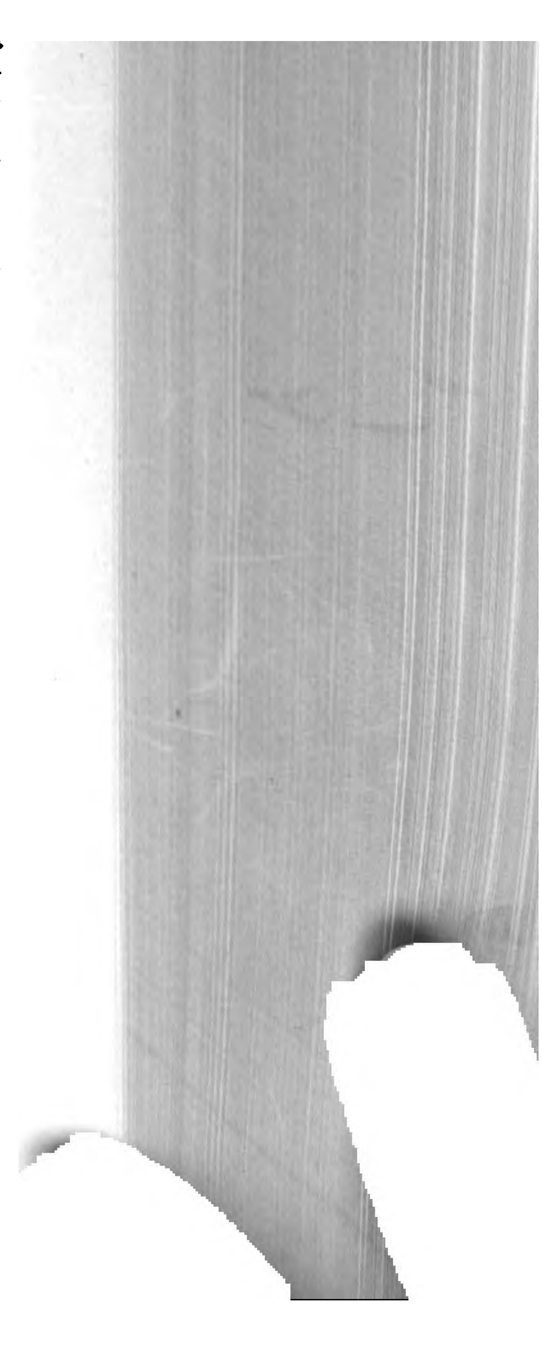
1. die Zwangsneurosen, insbesondere die Tics. Für die Zwangshandlungen gilt vielfach die Beschreibung, die *Hoche* gegeben hat; insbesondere empfinden viele derartige Kranke lebhafte Angstempfindungen, die von einem Gefühl der Befreiung, vielfach geradezu der Befriedigung abgelöst werden, sobald wie der Kranke dem Zwangsimpulse nachgegeben hat. Vortr. nimmt davon Abstand, bei dieser Gelegenheit auf seine Auffassung von der Bedeutung der Affekte für das Zustandekommen des Zwangsdenkens und der Zwangsimpulse einzugehen, betont aber ausdrücklich, daß er sich mehr und mehr von der *Westphal*schen Auffassung entfernt habe.

Eine 2. Gruppe der impulsiven Irren gehört der Hysterie an. Unter diesen mächte *A.* besonders hinweisen auf die hysterischen Warenhausdiebinnen, die durchaus den Typus des impulsiven Handelns tragen, bei denen man aber unbedingt der Grundkrankheit das Hauptgewicht beilegen muß.

3. Unter den impulsiven Handlungen werden nicht wenige von Epileptikern ausgeführt. Nach der Auffassung *A.*s handelt es

n Impulsen einhergehen, zum Teil erst im Laufe des Zustandes
lle Richtung geraten. Sehr häufig kommen die sexuellen Vor-
rst dann zum Vorschein, wenn der Alkoholgenuß hinzu-
den epileptischen Zustand verschlimmert und vertieft hat.
zählung der Sittlichkeitsverbrechen ist aber die Wirksamkeit
nicht genügend gekennzeichnet. Sehr viele in epileptischen
egangene Brandstiftungen, Fälle von Fahnenflucht, un-
ler nur unzulänglich begründete plötzliche Angriffe lassen
unheilvollen Einfluß des Alkohols auf epileptische Zustände

eit die degenerativen Zustände mit impulsiven
nhergehen, ergibt sich schon aus der nahen Verwandtschaft
rose und zur Hysterie. Vortr. möchte vor der uferlosen
s Begriffs „Degeneratives Irresein" warnen; er beschränkt
lich diese Bezeichnung auf die degenerativen Zustände,
harakter einer akuten Psychose tragen, sondern eine Kon-
lie mit degenerativen Zügen darstellen. Zweifellos
bei den innerhalb des Grenzgebietes zwischen geistiger
ausgeprägter Geisteskrankheit liegenden Entartungs-
ganz selten impulsive Handlungen vor. Eine undefinier-
t den Handlungen voraus, deren Ausführung vielfach
t, zuweilen sogar ein Wohlgefühl auslöst. Diese Zu-
wohl noch besondere Betrachtung, doch glaubt der Refe-
müssen, daß auch in diesen Fällen die impulsive Hand-
m, nicht die Krankheit selbst darstellt.
Gruppe endlich sind die Schwachsinnigen zu erwähnen.
zurück auf die Erfahrung, die er im Gefängnis gemacht
entümlichen Kinder, die, um sich zu rächen, aus Heim-
Stelle zu kommen, Brandstiftungen begehen oder die
rauten Kinder zu vergiften, zu erdrosseln oder zu er-
Wilmanns hat im Anschluß an einen derartigen Fall
age des impulsiven Irreseins zur Diskussion gestellt
Kriminalpsychologie III, 136). Ich habe in dem Falle,
tersuchen Gelegenheit hatte, mich nicht davon über-
das Kind nicht schwachsinnig ist. Der Maßstab
zur Beurteilung ungenügend. Wichtiger ist die Art,
nen in der Welt zurechtfinden. Da läßt sich zweifel-
dieser jugendlichen Übeltäter eine überraschende
enken feststellen. Sie übersehen die naheliegendsten



Wege, und so kann es kommen, daß, statt einfach den Dienst zu verlassen, sie durch einen Mord das Entlassenwerden erzwingen wollen, daß sie, um sich wegen einer harmlosen Neckerei zu rächen, große Brände legen. Vielleicht spielt hier auch noch eine andere Erscheinung mit, die Freude an großen Ereignissen. Die spielerische Neigung solcher Kinder, das Entstehen von Bränden zu beobachten, zuzusehen, wie ein Eisenbahnzug entgleist, ist nicht so sehr bedingt durch die Sucht, irgend jemand zu Schaden zu bringen, die oft völlig fehlt. Es ist weit mehr die Vorstellung, sich als den Urheber großer Ereignisse zu wissen, deren Tragweite überhaupt gar nicht ermessen, deren Folgerungen nicht Gegenstand der Überlegung werden. Solche Handlungen machen dann nach außen gerade durch den Mangel einer ausreichenden Motivierung den Eindruck des Impulsiven, ohne es aber in Wirklichkeit zu sein.

Vortr. faßt seine Ausführungen dahin zusammen:

Auch ihm scheint die Aufstellung einer eigenen Gruppe des impulsiven Irreseins nicht hinlänglich begründet. Er betrachtet mit *Foerster* impulsive Handlungen als ein Symptom, das allen möglichen Krankheitsformen angehören kann, nicht aber eine eigene Krankheitsform darstellt.

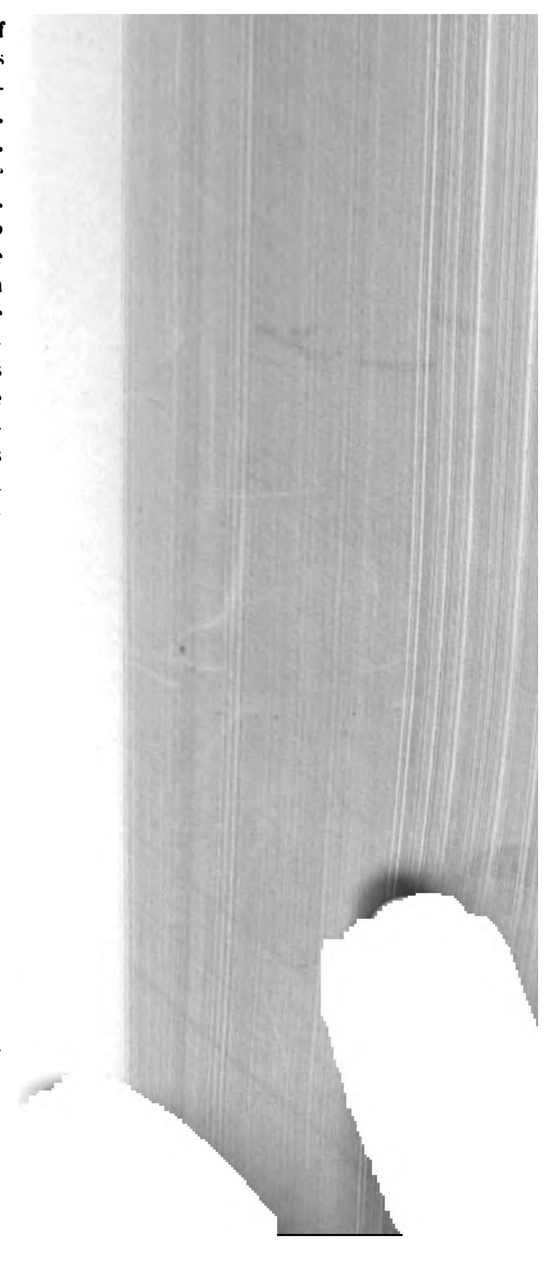
R. Foerster-Bonn: Über das Wassermann-Plautsche Verfahren der Serodiagnostik bei syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Durch die Versuche von *Wassermann*, *Plaut* und anderen Forschern (*Neisser*, *Bruck*, *Schucht*, *Schütze*, *Marie*, *Levaditi*, *Morgenroth*, *Stertz*, *G. Meier*), welche auf dem Wege der Komplementablenkung in der Cerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern luische Antistoffe nachweisen konnten, ist die Lösung der soviel diskutierten Frage nach der Ätiologie von Paralyse und Tabes in ungeahnter Weise gefördert worden. Mit dem weiteren Ausbau und der Vervollkommnung des zurzeit noch recht komplizierten Verfahrens sind die Serologen eifrig beschäftigt. Sache des Psychiaters und Neurologen aber ist die klinische Bewertung der luischen Serodiagnostik und ihre Nutzbarmachung bei der Diagnose und dem Studium der syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems.

Vortr. skizziert zunächst die Vorarbeiten und Erwägungen, welche zu der Methode geführt haben (*Bordet*), um dann zur Beschreibung des Verfahrens selbst überzugehen, wie er es im *Wassermann*schen Laboratorium kennen zu lernen Gelegenheit hatte. Zur Ausführung der Reaktion gehören folgende Substanzen, die in bestimmten Mengen zusammengebracht werden: a) das luische Antigen, d. h. der Infektionsstoff (Extrakt aus der Leber eines luischen Fötus), b) das den gesuchten Antikörper, d. h. Reaktionsprodukt des Organismus, enthaltende Substrat (z. B. Cerebrospinalflüssigkeit oder Blutserum eines Paralytikers),

Entnahme inaktiviert, d. h. für eine halbe Stunde auf
nt sie aber sofort wieder, sobald man frisches, normales
ent) eines anderen Tieres, in unserem Falle des Meer-
zusetzt. Ferner ist noch die Tatsache anzuführen, daß,
nd der zugehörige Antikörper zusammentreten,
jedesmal mit in die Verbindung eingeht, wodurch die
t, weil eben freies Komplement nicht mehr vorhanden ist.
der Blutkörperchen herbeiführen könnte. Wenn also
führten Gemisch der fünf Komponenten die Hämolyse
l das so viel sagen, daß in der Substanz b der zu dem
uesantigen passende Antistoff vorhanden ist. Für die
esultate sind jedesmal verschiedene Kontrollen not-
ere solche, welche dartun, daß unter Benutzung des
chen Systems (d. i. Komplement, Amboceptor und rote
las selbst vorher ausprobiert werden muß, weder nor-
ct noch normale Lumbalflüssigkeit bzw. normales
mplementablenkung bewirken. Die Dauerhaftigkeit
ch des trockenen, ist übrigens eine ziemlich be-

ise konnten *Wassermann* und *Plaut* unter 54 Paralyse-
r Spinalflüssigkeit eine positive Reaktion nachweisen,
eifelhaft und 5 negativ verhielten. Bei Tabes fand
8 mal ein positives und 4 mal ein negatives Ergebnis.
Levaditi enthielten unter 39 Spinalflüssigkeiten von
sche Antistoffe. *Morgenroth* und *Stertz* erzielten bei
al einen positiven Ausfall, bei den Versuchen von
ter 39 Patienten 27 mal der Fall. Es stellte sich dann
das Blutserum von Paralytikern jedesmal positiv
n, wenn die Untersuchung der zugehörigen Spinal-
verlaufen war. Es wird also förderhin die Unter-
erums niemals versäumt werden dür-
ch der Bildungsstätte der luischen Antikörper und
der Entwicklung der Paralyse ist noch keineswegs
orläufig nur so viel fest, „daß sich bei der Paralyse
lie zur Lues in Beziehung stehen". Eine eigentüm-
t es, daß bei Tabes und Lues cerebri die Reaktion
r doch schwächer ausfällt als bei der Paralyse. Der



Eiweiß- und Lymphocytengehalt der Spinalflüssigkeit geht nach den bisherigen Erfahrungen mit dem Vorhandensein von Luesantistoff nicht immer Hand in Hand. Sehr erwünscht wären größere Versuchsreihen über einen eventuellen Wechsel des Gehalts von Antigen während der paralytischen Anfälle und im Verlaufe der Remissionen. — In diesem Zusammenhang ist noch die Präzipitinreaktion (*Fornet, Schereschewsky, Eisenzimmer* und *Rosenfeld*) zu erwähnen, welche leichter zu handhaben, aber anscheinend weniger zuverlässig ist.

F. geht nunmehr zu der Mitteilung eigener Fälle über, die sich bisher auf 27 belaufen. Die serologische Untersuchung wurde in dankenswertester Weise von seiten des *Wassermann*schen Laboratoriums ausgeführt.

Bei 14 Paralysen (10 mal wurde die Spinalflüssigkeit und 4 mal das Serum untersucht) war die Reaktion 9 mal positiv, einmal zweifelhaft und 4 mal negativ; die negativen Ergebnisse betrafen ausnahmlos Lumbalflüssigkeiten. In 6 Fällen, bei denen Eiweißgehalt und Lymphocytose festgestellt wurde, war das serologische Resultat 4 mal positiv, einmal fraglich und einmal negativ. Bei den oben angeführten Paralysen mit positivem Ausfall war die Lues nur viermal anamnestisch nachzuweisen; wiederum ein Beweis für die Unzuverlässigkeit der Luesanamnese bei Paralyse.

4 Kranke mit Lues cerebri boten 3 mal eine zweifelhafte und 1 mal eine schwach positive Reaktion dar; im letzten Falle bekam der Patient nach achtjährigem Bestehen der L. c. ein Gummi an der Stirne.

Positiv reagierte ferner die Spinalflüssigkeit eines 52jährigen Tabikers mit unsicherer Anamnese und das Serum bei 2 Fällen von kongenitaler Lues des Zentralnervensystems.

Endlich gab die Serodiagnostik bei einigen differentialdiagnostisch unsicheren Fällen (Hirntumor-Gummi bei einem Unfallkranken, Paralyse-Manie, Arteriosklerotische Geistesstörung-Paralyse, Paralyse-Encephalopathia saturnina) gleich von vornherein wertvolle Direktiven, deren Zuverlässigkeit sich im weiteren Verlaufe bestätigte.

Einige neuere Untersucher (*Marie* und *Levaditi, Weygandt, Weil*) berichten, daß normaler Organextrakt in höheren Dosen und Extrakte aus Tumoren unter Umständen gleichfalls Hemmung der Hämolyse bewirken. Sollten sich derartige Befunde noch weiter bestätigen[1]), so würden sie die theoretischen Erwägungen, welche sich ursprünglich an die Versuche knüpften, allerdings wesentlich modifizieren, der enorme prak-

[1]) Anm. bei der Korrektur: Die neuesten Arbeiten, welche zu dem gleichen Ergebnis gekommen sind, waren zur Zeit dieses Vortrags noch nicht erschienen.



tische Wert der Methode würde jedoch dadurch in keiner Weise geschmälert werden. Das Verfahren ist erst im Werden begriffen, und bei dem lebhaften Interesse, welches ihm allgemein entgegengebracht wird, ist in nicht ferner Zeit wohl auf manchen Fortschritt zu rechnen. Insbesondere wäre eine baldige Verringerung der erheblichen technischen Schwierigkeiten, welche bisher die Versuche in Ermangelung eines eigens darauf eingerichteten Instituts direkt in Frage stellen, mit Freuden zu begrüßen. —

Wegen vorgerückter Tagesstunde müssen die Vorträge von *Geller* und *Schütte* für die nächste Tagesordnung zurückgestellt werden.

Umpfenbach.

Kleinere Mitteilungen.

Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie gewählte Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (siehe Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 64, S. 473) trat am 3. Januar unter dem Vorsitze von *Siemens*-Lauenburg in Berlin zusammen und kam nach ausführlichen Referaten (Psych.-Neurol. Wochenschr., 9. Jahrg., Nr. 44 ff.) und eingehender Diskussion zu folgenden einstimmig beschlossenen Vorschlägen für die Jahresversammlung des Vereins:

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 Mark Anfangsgehalt, jährlich um 200 Mark steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, andern Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 Mark, steigend nach 3 Jahren auf 4200 Mark, alsdann dreijährig um je 500 Mark bis auf 7200 Mark Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Gartenbenutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als Oberarzt angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten mag jedoch die Zwischenstufe des „Anstaltsarztes" (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter b) aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden; dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte"



ugt werden.

lt des Direktors soll in Anstalten bis zu 700 Kranken is 9000 Mark, in den großen Anstalten 9000 bis 12 000 eien Nebenbezügen nach b) betragen und in dreijährigen 500 bis 600 Mark vom Anfangs- zum Höchstgehalt

ünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in ent- Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung

isation des ärztlichen Dienstes.

mit einer Aufnahmeziffer bis 25 % des Durchschnitts- 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arzt-

lierung von Militärärzten zu öffentlichen Irrenanstalten

angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung digkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben, irektor ihnen gegenüber auf die Rolle des Konsiliarius

tertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt g oder seine Kranken betreffende eingehende Korre- gemacht werden. Verwaltungs- und allgemeine n möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegen- andelt und erledigt werden.

medizinische Ausbildung, wissen- rtbildung, geistige Anregung und Erholung.

rung zum Oberarzt wird die vorherige Ablegung Prüfung (Kreisarztexamen, Physikatsexamen) als et.

ychiatrie soll möglichst jeder Oberarzt und ältere Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein urgie, Gynäkologie usw.). Diese spezialistische



Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens 1 bis 2 Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten usw.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

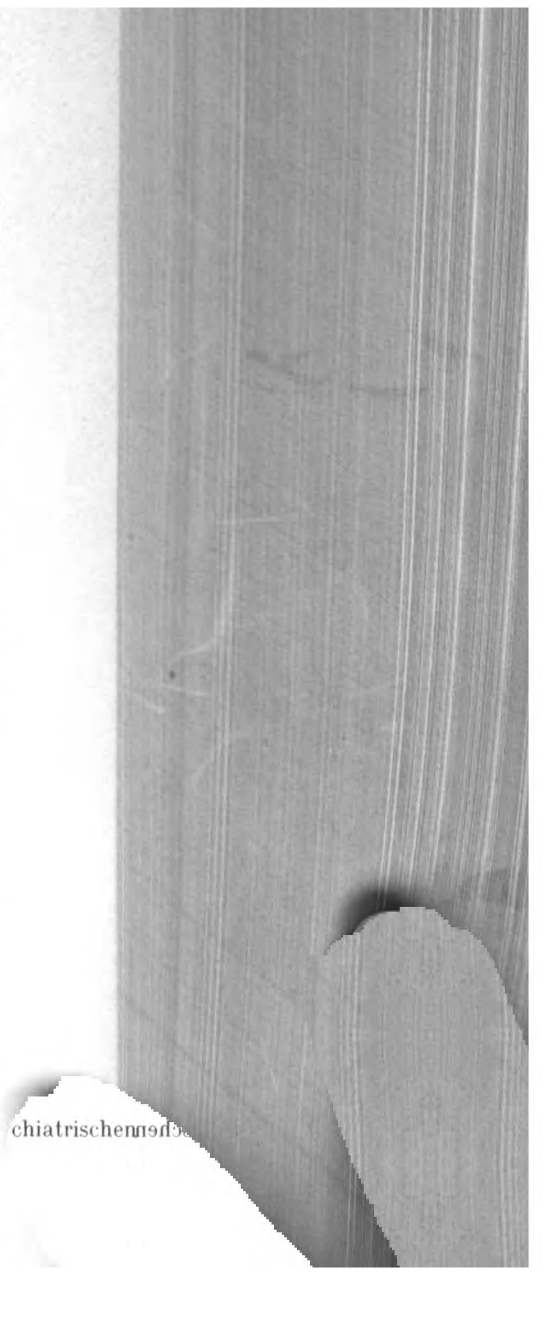
Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden.

Vom 3. bis 6. August d. J. wird an der Universität Gießen ein Kurs abgehalten über angeborene Anlage und Familienforschung samt ihren Beziehungen zur Genealogie einerseits, zu den naturwissenschaftlichen Erfahrungen im Gebiete der körperlichen Medizin, der Entwicklungsgeschichte, der Botanik und Zoologie andererseits. Professor *Sommer* und Professor *Dannemann* werden die Darstellung der angeborenen Anlage im Gebiete der normalen Psychologie, Psychopathologie und Kriminalpsychologie, Dr. *Kekule von Stradonitz*-Lichterfelde den genealogischen Teil übernehmen. Professor *Strahl* wird über die Keimzellen und ihre Entwicklung, Professor *Hansen* über Variation, Vererbung und Artenbildung bei den Pflanzen, Professor *Martin* über die Entwicklung und Züchtung von Tierarten unterrichten. Weitere Vorlesungen werden die Vererbung körperlicher Krankheiten betreffen. Es handelt sich also um eine konzentrische Bearbeitung der sozial grundlegenden Erscheinung der Familie in naturwissenschaftlichem Sinne durch Sachverständige aus den einzelnen Teilgebieten. Als Teilnehmer des Kurses sind in erster Linie Ärzte, Lehrer, Juristen, auch Geistliche, sodann aber auch sonstige Gebildete gedacht. Zur Deckung der Kosten wird eine Gebühr von 20 Mark erhoben werden. Vorläufige Anmeldungen ohne bindende Verpflichtung an Professor *Dannemann* in Gießen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, erbeten.

...cksichtigt werden.
...ag jedes Teilnehmers zu den Honoraren und sonstigen ... sich auf 80 M.
...e im vorigen Jahre sind in Aussicht genommen:
...venheilkunde 20 Stunden,
...giene 20 Stunden,
...hologische Anatomie 16 Stunden,
...urgie 14 Stunden,
...re Medizin 12 Stunden.
...trie ist auch diesmal nicht berücksichtigt, weil der Verein ...ung der Kurse zunächst den Zweck verfolgt, die Teil...ren wissenschaftlichen Ergebnissen und Methoden auf ... Medizin vertraut zu machen, die zu ihrer Berufstätig... stehen, jedoch ohne besondere Vorkehrungen nicht ... Eine weitergehende Ausbildung im eigenen Fache fügt ...en dieser Kurse nicht wohl ein [1].
... und etwaige Anfragen werden erbeten an Sanitätsrat ...n Schweizerhof zu Zehlendorf (Wannseebahn).
...r Vorstand des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

...rischer Fortbildungskurs in München ...schließlich 28. November 1908:
... Klinische und forensische Demonstrationen, 24 Stunden.
... Normale und pathologische Histologie der Hirn... Stunden.
...irnanatomie, 6 Stunden.
...nische Experimentalpsychologie, 8 Stunden.
...iminalpsychologie, 8 Stunden.
... Neurologische Demonstrationen, 9 Stunden.
...sikalisch-klinische Untersuchungsmethoden, 7 Stunden.
...- und Serodiagnostik, 6 Stunden.
...sachen und Probleme der Entartung, 6 Stunden.
...ychotherapie und Psychodiagnostik, 6 Stunden.
...on Anstalten.

... dienen z. B. die an der Münchener Psychiatrischen ...3. November abzuhaltenden Kurse.



Honorar 60 M. Anmeldungen und Anfragen bei Herrn Oberarzt Dr. *Alzheimer*, München, Rückertstraße 1 II.

Über die Befugnis des Anstaltsarztes, den Briefwechsel der ihm anvertrauten Kranken zu überwachen, sind zwischen der Görlitzer Staatsanwaltschaft und der schlesischen Ärztekammer folgende Schreiben gewechselt worden (im Sitzungsbericht der Ärztekammer vom 15. Januar 1908 veröffentlicht):

Urschriftlich mit A. und Beiakten an die Ärztekammer der Provinz Schlesien in Breslau mit dem ergebenen Ersuchen, eine gutachtliche Äußerung darüber herbeizuführen, ob im vorliegenden Falle nach dortiger Ansicht ein Verschulden des Dr. H. gegen usuelle Auffassungen oder Bestimmungen in Frage kommt.

Meine Rechtsansicht geht nach der objektiven Seite dahin: Dr. H. war nicht berechtigt, die an G. gerichteten Briefe zu öffnen, auch wenn er die Genehmigung der Angehörigen des G. hatte; denn diese konnten auch kein Recht hierzu für sich in Anspruch nehmen. Es mußte vielmehr die Bestellung eines Pflegers für die Person des G. beantragt werden. Dieser hätte die Briefe öffnen können; er würde sich auch, wenn er sie dem Dr. H. zur Entscheidung darüber ausgehändigt hätte, ob sie ihrem Inhalt nach dem G. übergeben werden können, wenigstens strafrechtlich nicht verantwortlich gemacht haben.

Inwiefern nun Dr. H. als Irrenarzt die von ihm bei seiner Vernehmung (Bl. 12) angeführten Gründe für sich anführen kann und auf Grund welcher Bestimmungen, entzieht sich meiner Kenntnis. Subjektiv wird ihm ja wohl ein Verschulden nicht nachzuweisen sein, falls sich die Ärztekammer auf seinen Standpunkt stellt.

Es handelt sich hierbei um die Entscheidung einer prinzipiellen Frage, die im hiesigen Bezirke öfters einmal aufgeworfen werden muß.

Wenn die erbetene gutachtliche Äußerung abgelehnt werden sollte, bitte ich um Mitteilung, ob dort die Einleitung eines ehrengerichtlichen Verfahrens beabsichtigt wird.

Görlitz, den 29. August 1907.

Der Erste Staatsanwalt.

An den Herrn Ersten Staatsanwalt zu Görlitz.

Auf die gefl. Anfrage vom 29. August 1907 (J.-Nr. 67/07) (eingegangen am 30. August 1907) erwidere ich unter Rücksendung der Akten und Beiakten ergebenst folgendes:

Bei der prinzipiellen Wichtigkeit der gestellten Frage habe ich den Sachverhalt dem am 3. September zu einer Sitzung versammelten Gesamtvorstand der Ärztekammer vorgelegt, und beschloß derselbe: a) die Er-

Der Vorsitzende:
Dr. *Theodor Koerner*.

Gutachten.

ob Dr. H. sich durch das Eröffnen von Briefen, die an *aum*schen Privatirrenanstalt zu Görlitz untergebrachten gerichtet waren, eines Vergehens gegen „usuelle Auf-Bestimmungen“ schuldig gemacht hat, muß vom ärzt-te aus entschieden verneint werden.

H. bezüglich der Korrespondenz für den in seiner Be-chen Studenten G. beobachtete Verfahren ist in Irren-n gebräuchlich. Die vom Provinzialausschuß für die nzial-Irrenanstalten erlassene Hausordnung enthält im ıde Bestimmung:

Briefe an Kranke ... müssen durch die Hand des Di-ehen ... Zusendungen von außen an die Kranken ... ır mit Erlaubnis des Direktors stattfinden.“

ıtlichen Irrenanstalten bestehen somit Bestimmungen, tenden Anstaltsarzte ausdrücklich zur Pflicht machen, altskranke eingehenden Korrespondenz Kenntnis zu n ihre Abgabe an die Kranken abhängig zu machen. on vornherein auch wohl begründet. Wie jeder Arzt ken Besucher fernhält, von denen er fürchtet, daß sie gen und ungünstig oder verschlimmernd auf den Krank-könnten, so muß der Psychiater seinen Kranken Briefe zen vorenthalten können, die geeignet sein würden, unruhigen oder zu schädigen. Das kann er aber nur, der an den Kranken eingehenden Korrespondenz kennt. ren Ermessen wird es allerdings überlassen bleiben inzelnen Falle von dieser Kenntnisnahme absehen zu s wird insbesondere dann der Fall sein können, wenn en und die mit ihm Korrespondierenden schon längere ber, wenn der Kranke erst kurze Zeit sich in seiner t, oder der Arzt Grund zu der Annahme zu haben glaubt, rch die Korrespondenz an seiner Gesundheit Schaden



erleiden könnte. Dann wird es zu einer gebietenden Pflicht für den Arzt, von der Korrespondenz Kenntnis zu nehmen und sie eventuell dem Kranken vorzuenthalten.

Gilt dies allgemein für die öffentlichen Irrenanstalten, so muß das gleiche auch für die Privatirrenanstalten der Fall sein. Für sie sind Bestimmungen allerdings nicht vorhanden nach dieser Richtung hin, und es enthält insbesondere die ministerielle „Anweisung über die Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten" vom 26. März 1901 keinerlei entsprechende Bestimmung über die Behandlung der Korrespondenz der Kranken. Verfahren aber wird auch in den Privatirrenanstalten mit dieser Korrespondenz ebenso wie in den öffentlichen Irrenanstalten. Und es kann vom ärztlichen Standpunkte aus dies nur als richtig und notwendig bezeichnet werden. Denn die Gefahr, daß durch an Anstaltskranke gelangende ungeeignete Korrespondenz ihr Gesundheitszustand ungünstig beeinflußt werden kann, ist im allgemeinen näherliegend für die in Privatanstalten untergebrachten Geisteskranken als für die Insassen der öffentlichen Irrenanstalten. Gehören die ersteren doch zum viel größeren Teile den gebildeten Ständen an, deren Korrespondenz umfangreicher und komplizierter zu sein pflegt. Sie bedarf daher in höherem Grade der Überwachung, sollen die Kranken vor Schaden bewahrt bleiben. Und daß speziell im vorliegenden Falle eine Gesundheitsschädigung des Kranken von dem brieflichen Verkehr mit der Klägerin zu vermuten war, ergibt sich zur Genüge aus der Aussage Bl. 8 und 9 der Akten. Dürften doch wohl auch dem Laien Briefe von dem Inhalt der beiden bei den Akten befindlichen als ungeeignet zur Abgabe an einen Geisteskranken erscheinen.

Es muß daher vom ärztlichen Standpunkte ausgesprochen werden, daß es eine Pflichtverletzung seitens des behandelnden Arztes wäre, wenn er jede Korrespondenz ohne Auswahl in die Hände seiner Kranken gelangen lassen wollte. Diese Auswahl bildet einen wesentlichen Teil der hygienischen Anstaltsbehandlung Geisteskranker — sie kann aber selbstverständlich nicht anders getroffen werden, als durch die Eröffnung der an Kranke eingehenden Korrespondenz durch den Arzt. Daher kann das erbetene Gutachten ärztlicherseits nur dahin lauten, daß Dr. H. durch das Eröffnen der an p. G. gerichteten Briefe sich keines Vergehens gegen usuelle Auffassungen oder Bestimmungen schuldig gemacht, sondern lediglich eine ihm als Irrenanstaltsarzt obliegende Pflicht erfüllt hat.

Sollte er deshalb bestraft werden, so wird er sich damit zu trösten haben, daß für sein Handeln maßgebend gewesen ist das ärztliche Gebot: Summa lex salus aegroti! —

Unter dem 4. Oktober 1907 ward dem Dr. H. mitgeteilt, daß das wegen Vergehens gegen §§ 299, 274 StGB. gegen ihn eingeleitete Verfahren eingestellt sei.

Personalnachrichten.

Dr. *Max Böhme*, Med.-Rat, bisher Dir. der Landesanst. Hochweitzschen, ist Dir. der Landesanst. Colditz.

Dr. *Joh. Reichelt*, bisher Oberarzt auf dem Sonnenstein, ist Dir. der Landesanst. Hochweitzschen und Medizinalrat.

Dr. *Wilh. Schubert*, bisher Dir. der Prov.-Anst. zu Tost, ist Dir. der Prov.-Anst. zu Kreuzburg (Schlesien).

Dr. *Ew. Schütze*, bisher Oberarzt in Kreuzburg, ist Dir. in Tost geworden.

Dr. *Joh. Wende*, Oberarzt, ist von Leubus nach Kreuzburg,

Dr. *Jos. Zuber*, Abteilungsarzt in Freiburg, als Oberarzt nach Leubus,

Dr. *Rich. Lehmann*, Abteilungsarzt, von Lüben nach Freiburg,

Dr. *Fel. Winkler*, bisher in Untergöltsch, als Oberarzt nach Sonnenstein versetzt worden.

Dr. *Ulr. Scheven*, Prof., ist zum leitenden Arzt der städt. Irrenheil- und Bewahranstalt der Katharinenstiftung in Rostock gewählt worden.

Dr. *Phil. Felgner*, bisher Dir. der Landesanst. Colditz, jetzt in Dresden, hat den Titel „Geh. Mediz.-Rat" erhalten.

Dr. *Carl Pelman*, Geh. Med.-R. u. Prof. in Bonn, ist der Rote Adlerorden 3. Kl. mit Schleife verliehen worden.

Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände.

Von

Dr. **Risch**, Oberarzt in Eichberg.

Die im Zusammenhang mit schweren psychischen Traumen entstehenden Psychosen sind allerdings bekannt, pflegen aber in den Lehrbüchern der klinischen Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie selten Gegenstand einer eingehenden Besprechung zu werden. Diese Symptomenkomplexe werden im allgemeinen als der Hysterie verwandt aufgefaßt und als hysterische Dämmerzustände, Stuporzustände usw. bezeichnet. Da die Auffassung des hysterischen Irreseins noch lange keine einheitliche ist, dasselbe von zahlreichen Autoren als sehr seltene Krankheit aufgefaßt wurde und häufig noch wird, so soll auf dieses vielumstrittene Gebiet hier nicht weiter eingegangen werden. *Sommer* hat das Wort Psychogenie für diejenigen psychischen Krankheitsbilder geprägt, in welchen das Moment einer gesteigerten Beeinflußbarkeit durch äußere psychische Einwirkungen im Vordergrunde steht. Die Symptomenkomplexe, welche ich einer kurzen Erörterung unterziehen will, sind psychogen in diesem Sinne. Sie sind dadurch charakterisiert, daß sie als reine Folgeerscheinungen unangenehmer psychischer Reize, welche als Trauma wirken, entstehen und bei Fortfall der Schädigung in verschieden kurzer Zeit zu verschwinden pflegen. Nur an ihrer Beeinflußbarkeit durch äußere unangenehme oder angenehme Eindrücke sind sie zu erkennen. Sie sind von typischen hysterischen Zuständen durch das häufige Fehlen aller hysterischen Zeichen, vor allem der körperlichen Symptome, unterschieden. Auch pflegt die hysterische Charakterveränderung, mit ihren zahlreichen recht charakteristischen Zügen, nicht nachweislich zu sein. Es sind das die Psychosen der Untersuchungshaft,

welche in der gerichtlichen Psychiatrie nur flüchtig berührt werden. Man begründet das damit, im Gefängnis kämen alle Psychosen vor. Es ist selbstverständlich, daß bei vieljährigem Aufenthalt im Gefängnis oder Zuchthaus ein Anfall des manisch-depressiven Irreseins ausbrechen, eine langsam sich entwickelnde Wahnbildung (Paranoia chronica) entstehen oder eine epileptische Seelenstörung, die vor der Internierung im Gefängnis bestand, fortschreiten kann. Derartige Fälle sind aber relativ selten und bieten kein besonderes Interesse im Vergleich zu den außerordentlich beachtenswert erscheinenden psychogenen Zuständen der frischen Haft. Die jährlich in großer Anzahl aus dem Gefängnis oder Militärlazaretten der Anstalt zugehenden kriminellen Fälle haben einen unverkennbaren Typus, der sie aus allen anderen Psychosen heraushebt. Trotzdem werden sie verkannt und von den Vorgutachtern entweder als hochgradige Imbezillität (Idiotie) oder Dementia praecox resp. Katatonie aufgefaßt. Vereinzelt, aber sehr selten, werden sie als hysterische Dämmerzustände bezeichnet. Auch von sehr bewährten und erfahrenen Gutachtern in Anstalten werden, wie das Aktenstudium häufig ergibt, Fehldiagnosen gestellt, welche forensisch von größter Tragweite sind. Wird beispielsweise, wie das häufig geschieht, Imbezillität oder Dementia praecox als bestehend angenommen, so wird in den Gutachten der Schluß auf Vorhandensein von Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftaten gezogen. Im zweiten Falle wird je nach der Zeitdauer, die zwischen Delikt und Beobachtung liegt, zwar nicht mit Sicherheit geschlossen, daß der § 51 zutrifft, aber Haftfähigkeit wird auf unabsehbare Zeit ausgeschlossen und die Prognose äußerst ungünstig gestellt. Beide Schlußfolgerungen sind in diesen Fällen falsch. Besonders peinlich kann es dem Gutachter werden, wenn ein Untersuchungsgefangener, der im soeben erstatteten ausführlichen Gutachten als völlig verblödet und unheilbar geisteskrank dargestellt worden ist, bei Gericht vernommen wird. Mit einem Mal verliert er seinen angeblichen Blödsinn und entwickelt in gewandter Verteidigungsrede unter geschickter Ausnutzung eines jeden für ihn günstigen Momentes eine Intelligenz, die selbst für den Laien keinen Zweifel läßt, daß von erheblicher Demenz keine Rede sein kann. Letzterer Fall ist gleichfalls einem sehr bewährten Gutachter vor einiger Zeit passiert. In einem anderen Falle entwich der überall als völlig ver-

ge Kenntnisnahme der Akten entdeckt werden, nur
den Leser, ohne dem betreffenden Sachverständigen
npfindung zu kommen. In allen diesen Fällen aber
em Verständnis der psychogenen Zustände die geistige
Zeit der begangenen Straftat angenommen und die
t auf völlige Genesung und die Möglichkeit des Straf-
t sicher in Aussicht gestellt werden müssen. Nach
Hinweis auf die eminente Wichtigkeit einer genügenden
sychogenen Zustände gehe ich auf die psychologische
Zustandekommens derselben ein.
eistige Erkrankung sich an eine heftige, durch äußere
ündete seelische Erregung des Kranken anschloß,
dem Fall zuerst an einen psychogenen Zustand mit
zu denken haben. Die katatonischen Symptome,
nehr oder weniger vollzählig feststellen können, sind
skeptisch aufzunehmen. Tritt die Psychose bald
tung etwa in den ersten Wochen nach derselben auf,
die größte Wahrscheinlichkeit für eine typische Haft-
wir nicht einen klassischen manischen Anfall oder
en Insult vor uns haben. Der psychische Shok pflegt
r zu sein, je geachteter die bisherige Position des
war. Scham und Reue, Furcht vor der Strafe und
vor dem Ruin der Familie, die zahlreichen anderen
drücke und psychischen Einflüsse, die auf den ver-
nuldigten einstürmen, stellen selbstredend ein ge-
hes Trauma dar. Besonders die Einzelhaft, welche
günstiger weil ablenkender Einflüsse ausschaltet,
schuldigten geradezu über das nachzugrübeln, was
d was ihm noch bevorsteht. Bei Militärgefangenen
ung der ungewohnten und der Charakterveranlagung
widersprechender Disziplin, wohl auch die Affekt-



neigung und der Eigensinn der Degenerativen, welche zum trotzigen Widerstande, schließlich zu Gehorsamsverweigerung und Fahnenflucht führen. In einem Teil dieser psychogenen Fälle sehen wir das Auftreten von Selbstmordversuchen, die allerdings häufig nicht sehr ernst gemeint sind. Die drohende Strafe wegen Insubordination oder Fahnenflucht pflegt in den meisten Fällen, die uns von der Militärbehörde überwiesen werden, die Psychose plötzlich zum Ausbruch zu bringen. In einem Falle bestand das psychische Trauma nicht in den angeführten Momenten, sondern in der Erregung über eine Schlägerei unter Kameraden. Der Effekt war selbstredend ganz derselbe wie in den übrigen Krankheitsfällen. Übrigens zeigte dieser Fall viele hysterische Stigmata, so daß die Prognose ungünstig in bezug auf ihre Dauer gestellt werden mußte, was sich auch später bestätigt hat. Der Kranke wurde nach jahrelanger Krankheitsdauer ungebessert in eine andere Anstalt übergeführt. Diese Ätiologie (Genese durch schädliche psychische Reize) gilt für jede psychogene Psychose. Bei den Psychosen der Untersuchungshaft ist das selbstredend nur besonders deutlich erkennbar, weil sozusagen immer ein und derselbe konstante Reiz, immer dieselbe Quelle der ein Trauma bildenden seelischen Erregung nachweislich sind. Daher ist auch das Krankheitsbild der Psychosen der Untersuchungshaft so scharf gekennzeichnet im Gegensatz zu anderen psychogenen Zuständen, denen die Konstanz der Reizquelle in diesem Maße fehlt. Denn bei der Kompliziertheit der unendlich zahlreichen psychologischen Motive, welche das Zustandekommen einer seelischen Erregung herbeiführen, sind wir in den sonstigen Verhältnissen des Lebens nur unsicher imstande, zu bestimmen, welche Momente erregend eingewirkt haben. Was den einen hochgradig erregt, pflegt den anderen völlig kalt zu lassen. Daher führt die Analyse der Motive, welche den Handlungen anderer, deren Charakter wir nicht zu erforschen in der Lage waren, zugrunde liegen, so häufig zu Trugschlüssen. Kurz erwähnt sei, daß eheliche Zerwürfnisse, die Verletzung der sexuellen Ehre (eheliche Untreue z. B.) besonders beim Manne meiner Beobachtung nach einen sehr schweren psychogenen Zustand auszulösen imstande sind. Bei jungen Mädchen habe ich eine Reihe von Psychosen beobachtet die ich dem Symptomenbild entsprechend anfänglich geneigt war, zur Katatonie zu zählen. Der weitere schnelle und günstige Verlauf

in sonstiger ungünstiger Ausgang einer Liebesaffäre,
eisung usw. unmittelbar vorausgegangen waren. Auf
ıg fußend, bin ich der Ansicht, daß zahlreiche Psychosen
ıdchen, die wir gar zu leicht als Dementia praecox an-
fältiger Berücksichtigung des psychogenen Momentes
Natur erkannt, prognostisch richtiger beurteilt würden.
olchen Fällen die richtige Erkennung schwieriger wie
sychosen, denn die Reizquelle ist nicht so gleichartig
ıer dem Beobachter nicht so ins Auge, zumal da die
ufig das psychische Trauma verheimlichen. Die Haft-
hr ist, wie die Erfahrung lehrt, eine typische psychogene
sie unter anderen Verhältnissen selten vorkommt.
hung selbst sich auf ein psychisches Trauma zurück-
wechselt auch das Bild der Psychose entsprechend
oder schädlichen Eindrücken, angenehmen oder unan-
n, welche von der Umgebung des Kranken ausgehen.
les Kranken ist man, wenn die psychologische Moti-
chischen Shoks bekannt ist, imstande, die Intensität
uf das Gehirn einwirkt, zu steigern oder herabzusetzen
ınstlich eine Verschlimmerung oder Besserung seines
Erregung herbeizuführen oder einen Wechsel in dem
mung. Forensisch sehr wichtig ist es, sich über die
Haftpsychosen und sonstige psychogene Seelen-
ande kommen, klar zu werden. Gerade dem
n Richter in erster Linie wird es meist sehr
ehen, wie ein Verbrecher, der in einem Moment
ır nach Auffassung der Sachverständigen, im
ıt infolge einer günstigen Wendung seiner An-
öllig gesund werden kann. Die Überzeugung
ß es sich um keine Simulation handelt, ist in der



Ich verstehe also unter psychogenen Zuständen Krankheitszustände, welche durch psychische Erschütterungen zustande kommen und dauernd an ihrer psychischen Beeinflußbarkeit kenntlich sind. Das Wesentliche des Krankheitsbegriffes ist, wie ich nochmals hervorhebe, der Umstand, daß 1. eine durch äußere Anlässe verursachte Erschütterung einen bestimmten, wohl charakterisierten Symptomenkomplex auslöst, 2. daß die Intensität der Symptome sich während der ganzen Dauer der Erkrankung als deutlich beeinflußbar durch äußere Reize, die auf die Psyche einwirken, erweist. Diese Reize können äußerst geringfügiger Natur sein und ebensogut günstig wie schädlich auf den Krankheitszustand einwirken. Charakteristisch ist, daß der kleinste Reiz die gewaltigste Wirkung auf die Psychose haben kann. Es steht Reizgröße und der Effekt bezüglich der Schwere der Krankheitserscheinungen in keinem Verhältnis zueinander. Um sich die Entstehung derartiger Zustände psychologisch zu erklären, ist es von Interesse, die Reaktion des unentwickelten Gehirns auf schädliche psychische Reize zu studieren. In dem Gehirn des Kindes kommen erst allmählich die gewaltigen Hemmungsvorstellungen zur Entwicklung, welche die Grundlage der Selbstbeherrschung bilden. Je mehr wir imstande sind, durch Hemmungen die schädlichen Reize, die auf unsere Psyche wirken, zu paralysieren, um so weniger werden wir zu psychogenen Zuständen neigen. Die Seele des Kindes ist ein offenes Gebiet, in welchem die Reize der Außenwelt sich mit besonderer Gewalt einzugraben imstande sind. Das Kindergehirn ist sozusagen wehrlos dem psychischen Trauma gegenüber. Wir werden daher am Kinde am ehesten psychische Reaktionen zu erwarten haben, welche den psychogenen Zuständen analog sind. Betrachten wir zunächst das Verhalten jugendlicher Individuen dort, wo die ersten stärkeren Erregungen einzutreten pflegen, in der Schule. Demjenigen, der das Benehmen des Kindes in der Klasse einem strengen und schlagfertigen Lehrer gegenüber beobachten konnte, wird sofort mit greller Deutlichkeit die Ähnlichkeit zum Bewußtsein kommen, die das Kind, das physiologisch psychogen reagiert, mit dem psychogenen Geisteskranken bietet. Ich will meine eigenen, recht instruktiven Erfahrungen in dieser Beziehung anführen, weil auf vielen Schulen der Ton des Lehrers den Schülern gegenüber ein milder ist und daher nicht einem jeden ähnliche Beobachtungen zur Verfügung stehen wie mir. Ich

urde unter kräftiger Anwendung von Kopfstößen, :haften Reißens an den Ohren, gelegentlich auch einer ɛrsuch gemacht, aus dem leeren Gehirn die Vokabel reitere herauszuquälen. Ich entsinne mich, daß in den der größte Teil der Klasse (9- bis 11-jährige Knaben) rchogen verhielt. Erst ganz allmählich bildete sich lolenz heraus, mit welcher die Mißhandlungen gleichmen wurden oder durch mächtige Willensanstrengung rückt wurde, die ein jeder von uns beim „Aufgerufend. Sobald ein Kind, wie ich es täglich zu sehen Geingefahren oder nur aufgerufen wird, tritt zunächst em Erröten häufig zu folgen pflegt. Zugleich erfolgt uch, der Mund wird trocken, weil die Speichelsekretion pfen oder das Gefühl des Stillstandes der Herzaktion tmungsfrequenz ist erhöht. Die Füße sind schwer e Knie zittern, so daß der Betreffende sich kaum auf lten vermag, das Zittern geht auf den ganzen Körper zittern. Die Stimme versagt. Das Kind schweigt, nder gelähmt sind, oder ist völlig heiser. Bei leichter sychischen Traumas oder beim Abklingen des Reizes an zu stottern. Zugleich nimmt das Gesicht einen n Ausdruck an, mit dem die furchterregende Person Kurz erwähnt sei an dieser Stelle, daß bei intelligenten er Hirnvulnerabilität gegenüber psychischen Reizen fe wie das Kind stehen, genau dieselbe psychogene chartigen Ausdrucksbewegungen beobachtet werden ben Moment, in dem die soeben erwähnten körperngen auftreten, tritt völlige Denkhemmung ein. lleicht soeben noch gewußt hat, ist wie ausgelöscht nis. Es besteht das Empfinden völliger Hirnleere. ssischen Typus der psychogenen Demenz (Hemmung) h physiologischer Grundlage. Es wird wohl nie-



manden geben, der diese Erscheinungen nicht als Kind an sich selbst durchgemacht hat, wenn auch die verschiedensten psychischen Momente als Trauma eingewirkt haben mögen. „Vor Schreck versagte die Stimme, die Füße versagten ihren Dienst, er wollte handeln oder reden, aber war ganz unfähig, etwas zu denken." Das sind Zustände, die jedem Laien in gleicher Weise bekannt sind. Daß bei hochgradigstem Schreck oder psychischem Schmerz eine Lähmung den ganzen Körper befallen kann, lehrt die Erfahrung täglich. Daß die gewaltige vasomotorische Reaktion zu Herzstillständen zu führen und Zerreißungen von Blutgefäßen zu veranlassen vermag, ist ebenso bekannt. Ebenso bedarf die Hirnleere, die als physiologische Folge des hochgradigen psychischen Schmerzes (beim Tode des Kindes, des Gatten usw.) eintritt, kaum noch der Erwähnung. Wir finden in allen diesen Fällen den Typus der psychomotorischen Hemmung, wie wir eine solche auf krankhafter Grundlage bei den psychogenen Psychosen beobachten. Prüfen wir sonstige Erscheinungen, die uns das Kind unter der Einwirkung des psychischen Shoks bietet, so sind zunächst Lähmungen in der Funktion der höheren Sinnesorgane zu erwähnen. Bekannt ist, daß bei starker seelischer Erregung man nur verschwommen sieht, es vor den Augen flimmert, sowie nicht selten Schwerhörigkeit oder Worttaubheit für die Zeit der Erregung besteht. Daß selbst der erwachsene geistesgesunde Mensch bei starkem psychischen Schmerz oder Affekt Worttaubheit bis zu einem gewissen Grade zeigt, wird jedem guten Beobachter bekannt sein. Wie verschieden ist die Darstellung eines und desselben Vorganges, die von zahlreichen Zeugen gegeben wird, die im Affekt waren. Man wird in jedem Falle finden, daß ein Teil dessen, was gesprochen wurde, nicht gehört oder nicht verstanden wurde. Besonders deutlich tritt das hervor, wenn erst nach Abklingen des Affektes die Worte des Gegners, die im Gedächtnis haften geblieben waren, zum Verständnis gelangen. Diese Beobachtung, daß nach dem Abklingen des Affektes wichtige Reden von den Beteiligten verstanden werden, ist sicher einem jeden, der mit psychologischem Interesse Zeugenvernehmungen verfolgt, zum Bewußtsein gekommen. Dasselbe gilt für psychogene Lähmung der Geschmacks- und Geruchsempfindung. Es ist bekannt, daß häufig unangenehme Gerüche oder der Geschmack verdorbener Speisen nicht empfunden werden, so lange lebhafte innere Erregung andauert.

aung bei demselben Examenkandidaten vorkommen,
er Kenntnisse eine oft verblüffende Examendemenz
Steigerung dieser psychogenen Erscheinungen muß
logischen Zuständen führen, die sich aber im wesent-
ihre Intensität von den ersteren unterscheiden und
ertig sind. In diesem Sinne ist der Glottiskrampf
die auf Neurosen zurückzuführenden Asthmaanfälle
die Ungleichheit der Kontraktionen des Herzens,
die paroxysmale Tachykardie usw. aufzufassen.
lieser rein psychogenen Zustände ist eine psychogene.
ler Schüler vor dem harten Lehrer, der Examen-
Ausfall des Examens hat, ist ätiologisch durchaus
ircht, die der an paroxysmaler Tachykardie Leidende
lung des Anfalls hat. Er fürchtet den Anfall, daher
Das psychische Trauma ist stets die auslösende
sich um bulbäre Zentren (Respirationszentren) oder
ie handeln. Die Vagusneurose, wie sie z. B. von
d der Tachykardie zu Recht angenommen wird, ist
. Der Vagus ist nur der Leiter der seelischen von
laufenden Erregung. Auf diese so wichtige psycho-
dieser Zustände hat *Oppenheim* besonders hinge-
as Auftreten solcher Anfälle an bestimmten Wochen-
timmten Häusern und Orten hervorhob. Mit einer
g will ich an dieser Stelle die Einrede der Simulation
Zustände an der Hand des herangezogenen normalen
. Hier haben wir typische akute Demenz, die von
ugenblick schwankt und ebenso plötzlich, wie sie
ich schwindet. Es wird aber wohl niemandem ein-
minanden, der sich im Schweiße seines Angesichts
ereitet hat, oder den vor Angst stotterndem Buben,
en Gründen blödsinnig ist, für Simulanten zu halten,



wenn sie nichts wissen. Und doch könnten sie sofort nach dem Durchfall im Examen jede Frage des Examinators beantworten. Die Hirnleere ist eben fort, wenn das Trauma fortfällt. Daß die traumatischen Neurosen, die Neurasthenie und die durch Krämpfe und Lähmungen charakterisierte Hysterie zu den psychogenen Psychosen gehören, kann nicht zweifelhaft sein. Sie sind nur aus verschiedenen Gründen von den psychogenen Haftpsychosen scharf abzugrenzen.

Vergleichen wir die physiologische Reaktion des kindlichen Gehirns auf schädliche psychische Reize mit der Haftpsychose, so scheinen Halluzinationen zu fehlen. Andeutungen derselben finde ich in der Schreckhaftigkeit, dem nächtlichen Aufschreien und Aufschrecken der Kinder, wie eine jede Mutter sie beim Kinde nach starker seelischer Erregung zu beobachten pflegt. Auch pflegen sich in solchen Fällen Illusionen einzustellen, vor allem das Sehen von verzerrten Gesichtern, Köpfen usw., welche aus den Gegenständen der Umgebung zu entstehen scheinen. Den Hauptwert lege ich aber auf die abnorme Reizbarkeit und Erregbarkeit der kindlichen Psyche nach dem Trauma. So ist es bekannt ,daß Kinder, allerdings auch Erwachsene, unter der Nachwirkung großer Erregung stehend, reizbar werden. Die Prügeleien und Zänkereien nach vorstehend geschilderten schlimmen Schulstunden kommen in ihrem psychogenen Charakter ungemein den Explosionen nahe, die wir bei den geisteskranken Verbrechern finden. Bei dem normalen Kinde nimmt allmählich die Widerstandsfähigkeit des Gehirns gegen schädliche Reize zu. Es gewöhnt sich daran, sich nicht verblüffen zu lassen. Die stark ausgesprochene Vulnerabilität ist aber keineswegs ein Zeichen psychopathischer Veranlagung. Die erstere beweist häufig nur die große Aufnahmefähigkeit der kindlichen Psyche. Mangel an Vulnerabilität beruht meist auf Stumpfsinn, Indolenz und auf der Unfähigkeit, Reize überhaupt zu verarbeiten. Das nicht vulnerable, nicht psychogen beeinflußbare Gehirn ist steiniger Boden, auf dem nicht viel Wachstum zu erwarten steht. Das geistig regsame, aufmerkende, aber auch tief fühlende Gehirn ist fruchtbarer Boden, auf dem sich die intellektuellen und Gefühlsfunktionen entwickeln können. Zum Schutz der langsam reifenden seelischen Funktionen, des Gedächtnisschatzes, des Begriffsgebietes usw. bedarf das geistesgesunde Hirn der Hemmungen, die das psychische Trauma abwehren und den Überschuß an seelischer Erregung kompensieren. So

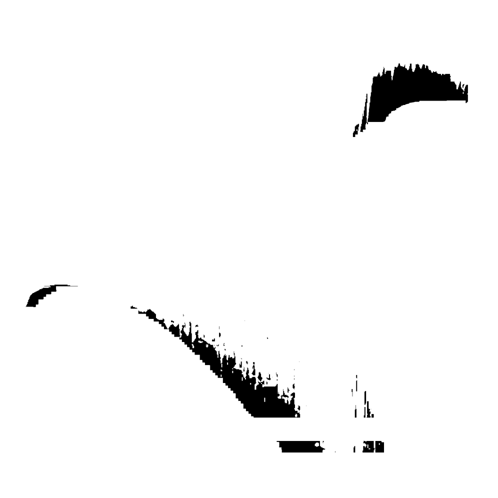
ıäußerungen wird durch die Vorstellungen der Be-
ındelns verhindert und ersetzt.
ʼnir nun ein besonders häufiges Krankheitsbild, das
ısicht der Haftpsychosen entgegentritt, das Bild der
ʼrachlichem und motorischem Gebiete mit vorüber-
ıig im Bilde prominierenden Gesichtshalluzinationen.
l im Gefängnis bald nach seiner Einlieferung in einen
ındenheit. Motorische Erregung fehlte. In der An-
ängstlichem Gesichtsausdruck da, antwortet nicht
er angefahren, so stottert er zitternd die unsinnigsten
r. Er weiß nicht, wie er heißt, wie alt er ist usw.
daß er bis zur Verhaftung ein geistesgesunder Mensch
chopathischen Züge zeigte. Von Zeit zu Zeit schreckt
:h wohl aus dem Bett; aus seinen Reden geht hervor,
te Gestalten, Gesichter sieht. Nach Monaten bessert
Patient ist in Abwesenheit des Arztes wieder munter
m, liest, spielt Karten usw. Dem Arzte gegenüber
nmt. Er wird angefahren und aufgefordert, ordent-
zu geben. Plötzlich ist der Kranke völlig verändert.
ımmt einen ängstlichen Ausdruck, er wird blaß oder
auf die Stirn, er fängt an zu zittern, er atmet krampf-
ittern, der ganze Körper schüttelt sich, schließlich
ıeklappern nicht einen Laut von sich geben, er muß
die Füße ihren Dienst versagen. Psychisch stellt
mung ein. Er weiß nicht mehr, wie er heißt, wo er
usw. Die typisch psychogene Demenz ist wieder da.
ıch in jedem Detail das Bild eines unter psychischem
Kindes. Der Gesichtsausdruck und die ganze ge-
der stiere Blick, mit dem der Arzt angesehen wird,
charakteristisch, daß der Geübte auf jeder Photo-
en Typus zeigt, sofort die Diagnose auf eine Haft-
kann. Die Gleichartigkeit der Photos der Straf-
ngemein auffallend.



Wie ein geprügelter Hund, der schweigend den Herrn anstarrt und bewegungslos daliegt, ohne imstande zu sein, sich von der Stelle zu rühren, genau so verhält sich der unter dem Drucke gewaltiger innerer Erregung zusammengebrochene und gelähmte Mensch. Wie das mißhandelte und gewissermaßen vor Furcht erstarrte Tier beim ersten freundlichen Blick seines Herrn aufspringt und seine motorische Beweglichkeit völlig wiedererlangt, so ändert sich bald nach Entfernung des Arztes das Benehmen des Kranken, vorausgesetzt, daß sein Zustand schon stark gebessert war. Patient setzt das Kartenspiel wieder fort und ist wieder leidlich frei in seinem ganzen Benehmen. Vor allem die Denkhemmung ist verschwunden. An Simulation würden in solchem Falle viele Fachleute denken. Ich erinnere solchen Einwänden gegenüber einfach an den psychogenen Zustand des Kindes, das sicher nicht simuliert.

Schließlich möchte ich noch kurz bemerken, wie man sich den Zusammenhang dieses Symptomenkomplexes mit bestimmten körperlichen Kennzeichen, die ins Auge fallen, vielleicht denken kann. Wenn wir den klassischen psychogenen Zustand, wie wir ihn bei geistig noch nicht entwickelten Individuen finden, betrachten, so fallen zunächst die schweren vasomotorischen Erscheinungen ins Auge. Von *Kornfeld* wurde bei psychogenen Zuständen eine Erhöhung des Blutdruckes und vermehrte Gefäßkontraktion, von *Janet* im Gegensatz dazu eine Herabsetzung desselben festgestellt. *Müller* vermochte diese psychogene Zirkulationsstörung weiterhin in zentraler Richtung zu verfolgen. Er wies nach, daß es zu kongestiven Blutüberfüllungen im inneren Ohr kommt, die an der Hyperämie des Trommelfelles kenntlich war. Daß an den zu Lähmungen führenden psychogenen Zuständen, nämlich der Hysterie, die Gefäßerweiterung in den gelähmten Extremitäten zu zyanotischer Verfärbung und ödematosen Schwellungen führt, ist genügend bekannt. Weiterhin ist seit langem nachgewiesen, daß Ödeme auf psychogener Basis zustande kommen. Die ödematös geschwollenen Glieder pflegen sich kühl anzufühlen, deutliche Herabsetzung der Temperatur zu zeigen. Jch verweise auf die einschlägigen Ausführungen von *Raymond-Cestan*, der neben dem bekannten blauen Ödem ein weißes Ödem beschreibt. Die bisher blau verfärbte Haut wurde blaß und blutleer. Die Schwellung aber blieb. Wenn wir die vorerwähnte bekannte äußerst lebhafte Reaktion des Herznerven-

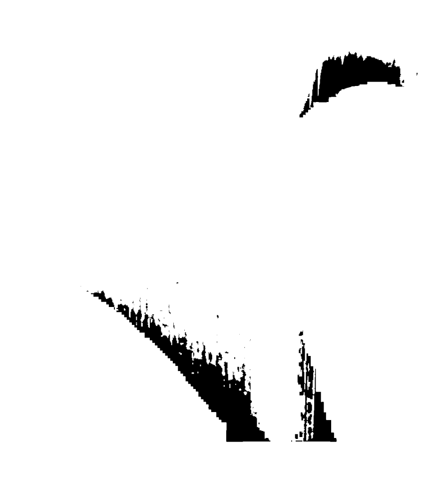
tig in der abnormen Herzaktion und den Änderungen
ißert, so wäre es seltsam, wenn das Gehirn, das eine
ction zeigt, von den Verhältnissen der Zirkulation
Es ist äußerst wahrscheinlich, daß an derselben
ıg, die wir äußerlich wahrnehmen können, auch das
efäße partizipiert. Wir werden daher bei den psycho-
Kontraktion der Blutgefäße oder Hyperämie anzu-
Analog dem abnormen Stillstande verschiedener
ı (Speicheldrüse), die nachweislich auf der Kon-
itenden Blutgefäße beruhen, werden wir als Folge
oder weniger ausgebreiteten Anämie Ausfallserschei-
ntätigkeit erwarten müssen. Die Hirnleere, die von
Gesunden unter Einwirkung eines psychischen Shoks
ist Blutleere des Gehirns. Der plötzliche Stillstand
durchaus erklärlich. Unter psychogenem Einflusse
icht nur Kontraktionen der Blutgefäße, sondern Er-
en und Ödem. Und dieses Ödem finden wir meist
it Hyperämie, in seltenen Fällen (*Raymond-Cestan*)
und Blutleere. Die Wirkung des Ödems in der Haut,
rhältnisse finden und nur in geringem Grade die ge-
ı Nervenelemente betroffen werden, ist durch die
n Studien (unter anderen von *Schleich*) genügend
ränkung des Gewebes mit Flüssigkeit (artifizielles
ı mechanische Kompression der Nerven zur Anästhe-
ıg ihrer Funktion. In dem ungemein zarten, eines
ıutzes gänzlich entbehrenden Nervengewebe muß
n ein geringes Ödem völlige Aufhebung der Funktion
ıte, d. h. völlige Denkhemmung, veranlassen. Alle
l Lähmungserscheinungen, wie wir sie besonders bei
ıen schweren Molekularveränderungen des Nerven-
nd durch die längere Dauer der Zirkulationsstörungen,
el derselben, wie wir ihn im Gesicht feststellen (Er-
sen) und durch die Lokalisation des Ödems zu er-



klären, das selbstverständlich mehr oder weniger umschriebene Bezirke treffen kann. Denn auch in dieser Beziehung treten die analogen Verhältnisse an anderen dem Auge oder Ohr zugänglichen Organen erkenntlich zutage. Mit dem Aufhören der Blutdruckveränderung und der Zirkulationsstörung im Gehirn muß auch das Krankheitsbild wieder schwinden. Daher auch die überraschende Genesung der Haft- und sonstigen psychogenen Psychosen. Wenn sich aber schwere hysterische Stigmata finden, die auf dauernde Veränderungen der Zirkulation der Hirngefäße hindeuten, so wird naturgemäß die Prognose ungünstiger ausfallen. Letzteres wird durch die Erfahrung bestätigt. Ebenso wird die Prognose sich verschlechtern müssen, wenn der Nachweis mancher degenerativer psychopathischer Züge, wie wir sie bei Degenerativen finden, oder die hereditäre Belastung eine vorher dauernd bestehende Anomalie des Gefäßsystems und des Hirngewebes vermuten lassen. Auch diese Vermutung wird durch die Erfahrung bestätigt.

Hinweisen möchte ich an dieser Stelle darauf, daß die paralytischen Anfälle, welche plötzlich bei vorher leidlich erhaltenem Intellekt zu schwerster Demenz unter Krämpfen und Lähmungen führen, sich häufig so überraschend gut zurückbilden, daß das Fortschreiten des Prozesses im Nervengewebe selbst mit Läsion desselben auszuschließen ist. Man kann, wenn ein scheinbar schwerer Intelligenzdefekt evident schwindet, nur an eine vielleicht zirkumskripte Zirkulationsstörung denken. Ausschließlich durch eine solche, vielleicht in Verbindung mit Ödem, sind die motorischen Reiz- und Lähmungserscheinungen zu erklären, die sich als reparabel erweisen. *Mendel* hat bekanntlich schon längst auf diese Erklärung hingewiesen. Durch pathologisch-anatomische Untersuchungen wird wohl kaum festzustellen sein, welche Veränderungen im Gehirn und dessen Gefäßen den psychogenen Zuständen zugrunde liegen. Denn die rein psychogenen Zustände sind vorübergehend und gefährden das Leben nicht. Es könnte höchstens durch Betrachtung des eröffneten Gehirns bei intelligenten Tieren, bei denen sich, wie erwähnt, analoge Zustände artifiziell herstellen lassen, das Verhalten der Hirnzirkulation bis zu einem gewissen Grade einer Prüfung unterzogen werden. Die Lähmungserscheinungen, Schlottern der Knie, Unfähigkeit, sich fortzubewegen oder nur ein Glied zu rühren angesichts schwerer Lebensgefahr,

er motorischen Region zu erklären. Dahingestellt
Erweiterung der Gefäße allein bereits genügt, um den
ktionen der zelligen Elemente herbeizuführen, oder
schweren Fällen mit seit Jugend bestehenden Ge-
(zahlreiche psychopathische Züge und durch Hirn-
ren geschädigte Keimanlage) zu einem mehr oder
eten Ödem kommt. Als Beispiel für psychogene
ie bekannte Erfahrung angeführt werden, daß völlig
sonen, die recht gut schwimmen, aber noch keine
ieser Körperbewegung haben, plötzlich kein Glied
venn sie aus der Beobachtung ihres Lehrers in einen
mmen, in dem sie das Gefühl haben, nicht mehr ge-
so in Gefahr zu sein. Es sind mir drei Fälle bekannt,
ffenden Personen nur durch Zufall von dem Tode
ttet wurden. In dem einen Falle war die betreffende
it und völlig sicher in einen See hineingeschwommen.
ient, wo nach der Rückkehr eine Holzüberdachung
Wasserfläche das Gefühl, allein und ohne Hilfe zu
vermochte der Schwimmer weder die regelrechte
; auszuführen, noch laut um Hilfe zu rufen. Gerade
einer einfach zu erlernenden Körperhaltung und
gung, ist das psychogene, Lähmungen bei gesunden
le Moment sehr offensichtlich. Die beständige Ge-
zu gehen, wirkt beim Lernenden als psychisches
ach längerer Zeit durch die erworbene Gegenvorstel-
bewegung sicher zu meistern, kompensiert wird. In
en ich persönlich in der Lage war, Hilfe zu leisten.
ı Ertrinkenden feststellen, daß sie nicht vermocht
fe zu rufen. In beiden Fällen hörte, wie bei jedem
ıd, akut, sofort nach Auftauchen der Vorstellung der
eit, die erlernten zweckmäßigen Bewegungen auszu-



führen, auf. Die Bewegungsvorstellungen, die den erforderlichen Muskelkontraktionen zugrunde liegen, schwinden offenbar plötzlich aus dem Gedächtnis, und das blutleere Nervengewebe wird funktionsunfähig. Das heißt, wir haben die charakteristische Denkhemmung vor uns.

Anschließend an diese psychologischen Gesichtspunkte wäre es vielleicht von Interesse, auf die soeben angewandte Bezeichnung dieser Zustände von Hirnleere als „Demenz" einzugehen. Ich halte den Ausdruck nicht nur für falsch, sondern für schädlich und dem richtigen Verständnis dieser Hirnzustände hinderlich. *Sommer* hat den Ausdruck „psychogener Schwachsinn" geprägt, den er in ähnlichem Sinne anwendet. Unter Schwachsinn oder Blödsinn (Demenz) versteht man einen Defekt, einen dauernden Verlust bestimmter seelischer Funktionen. Da bekanntlich im Zellengewebe der Hirnmasse Regenerierungen zerstörter oder Neubildung von Geburt fehlender Teile nicht oder nur im geringen Grade möglich sind, so wird man mit dem Begriff der Demenz unwillkürlich und meines Erachtens zu Recht den Begriff der Irreparabilität der Ausfallserscheinungen verbinden. Bei der Psychogenie fehlen diese beiden Kriterien der beiden Demenzformen, der angeborenen und der erworbenen. Denn die Zelle ist intakt, ihre Funktion ist nur gesperrt, wie eine Maschine still steht, wenn ein Keil in ihr Rädergetriebe gesteckt wird. Erst bei längerem Stillstand der psychischen Funktion tritt eine Art Atrophie ein, die der Inaktivitätsatrophie einer jeden anderen Körperzelle und jedes anderen Organs gleichwertig ist.

Es fehlen also den psychogenen Zuständen

1. das Kriterium einer pathologisch-anatomischen Läsion oder Mißbildung des Gehirns im Gegensatz zu der Imbezillität,

2. das Kriterium einer krankhaften Störung der Funktionen des Gehirns, wie wir eine solche bei der abgelaufenen Praecoxdemenz finden.

Daher ist der psychogene Zustand keine Demenz, sondern Stillstand einer sonst nicht veränderten Funktion. Daß das Gehirngewebe intakt bleibt und nicht abnorm verändert wird durch den Eintritt des psychogenen Zustandes, beweist die plötzlich einsetzende normale Funktion des Gehirns. Wenn dadurch bewiesen wird, daß die Bezeichnung Demenz unrichtig und durch nichts zu rechtfertigen ist, so muß in zweiter Linie darauf hingewiesen werden, daß dieselbe schädlich ist. Gerade der Ausdruck Demenz erschwert das richtige Verständnis und damit die forensisch so notwendige Erkenntnis der psycho-

ständigen liegt es, den psychogenen Symptomen-
ıe zutreffende Bezeichnung hervorzuheben, damit der
rschied der beiden heterogenen Gehirnzustände auch
;druck kommt. Für den Stillstand der psychischen
anderen Ausdruck zu wählen wie das Wort „Hem-
r unnötig. An den Begriff der Lähmung, der viel-
me, knüpft sich die Vorstellung einer Läsion, wenn
erweise, während wir mit der Bezeichnung Hemmung
estehen der Aktivitätsmöglichkeit des betreffenden
ruck bringen.

vorstehenden psychologische Erkenntnisse und Er-
erörtert, die in ihren Grundzügen jedem Laien, jeder
nd beobachtet, bekannt sind. Wieviel mehr müßte
he Sachverständige diese Dinge, die so selbstver-
n, bei Beurteilung der Haftpsychosen, welche wohl
stände auf Grund krankhafter Veranlagung aufzu-
m Auge behalten. Leider aber geschieht das nicht.
man die Erfahrung machen, daß der psychogene
ex in forensischen Fällen verkannt wird. Hemmung
gehalten, psychogene Erregung und sonstige Symp-
ıhnlichen katatonischen Zuständen verwechselt. In
ı, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, wurden
ezillität, Idiotie, Dementia, Katatonie oder Simu-
r Gutachter pflegt die falschen Schlüsse, welche ich
Erörterungen erwähnt habe, in logischer Konsequenz
e zu ziehen. Es sind das Unheilbarkeit der Psychose
von Unzurechnungsfähigkeit zur Zeit der Straftat.
hoffe ich in einem späteren Aufsatz auf die Diffe-
psychogenen, vorstehend berührten Psychosen und
edeutung eingehen zu können.



Über einen Fall von hysterischem Dämmerzustand mit retrograder Amnesie.[1])

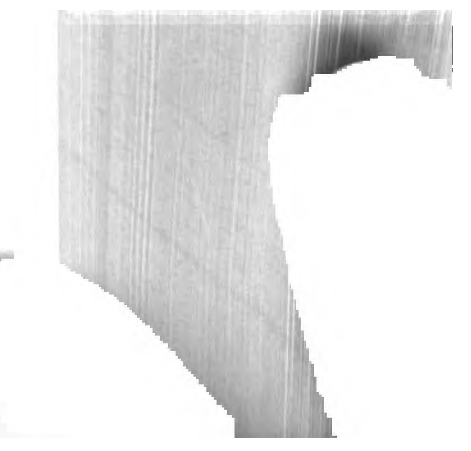
Von

Dr. **Matthies.**

Krankheitsgeschichte. — Am 22. März 1902 wurde spät abends im Tiergarten am Spreeufer eine Frau dabei betroffen, wie sie einen Ring ins Wasser warf und sich ihrer Kleider entledigte. Von einem Schutzmann zur Revierwache gebracht, machte sie offenbar den Eindruck einer Geistesgestörten, so daß der zuständige Kreisarzt herbeigerufen wurde. Bei dessen Eintreffen saß sie ruhig da, mit starrblickenden Augen, hatte ein gerötetes Gesicht, beschleunigten Puls, antwortete nur auf eindringliches wiederholtes Fragen, sprach dabei in verworrener Weise und in abgerissenen Sätzen und machte Andeutungen, aus denen die Absicht, sich das Leben zu nehmen, hervorging. Über ihre Personalien war keine Auskunft zu erhalten. Der Kgl. Kreisarzt erachtete sie daraufhin mit so hoher Wahrscheinlichkeit für geisteskrank, daß er wegen Gemeingefährlichkeit und Hilfsbedürftigkeit die Aufnahme in eine Irrenanstalt für notwendig hielt. Im Verlauf der Nacht wurde sie als „unbekannte Frau" der Irrenanstalt Dalldorf zugeführt. In Dalldorf blieb zunächst der eben beschriebene Zustand unverändert. Patientin war weder zeitlich noch örtlich orientiert, ängstlich, zurückhaltend in ihren Äußerungen. Von den Vorgängen auf der Polizeiwache hatte sie nur eine ganz dunkle Vorstellung und wußte nicht, zu welchem Zweck sie dahin gebracht worden war. Die Schutzleute hielt sie für Soldaten, man hätte sie durch einen Wald

[1]) Aus der Irrenanstalt Dalldorf (Direktor: Geheimer Medizinalrat Dr. *Sander*). — Der Fall wurde in den ersten vier Jahren von Herrn Oberarzt Dr. *Klipstein*-Herzberge beobachtet und von ihm in der Märzsitzung 1904 des Psychiatrischen Vereins zu Berlin demonstriert. Zu dieser Besprechung wurde vom Verfasser in der Märzsitzung 1906 desselben Vereins ein Nachtrag gebracht. Vgl. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 61, Heft 5 und ebenda Bd. 64, Heft 2-3.

esucht; sie nennt die Namen einiger Schulfreundinnen.
und in der Johanniskirche getraut worden, das wäre
er. Sie habe fünf Kinder gehabt, die jedoch alle ge-
lann wäre Kaufmann, sie hätte ihn lange nicht gesehen.
mit Musik und Literatur hätte ihr am meisten zuge-
men gab sie schließlich „Eva Hoffmann" an, jedoch
Richtigkeit sehr zweifelhaft war. Überhaupt erfolgten
t in klarer Weise, sondern umschreibend, dabei stockend
im Lösen von Rechenaufgaben und einfachem Rück-
ich das Symptom des Vorbeiredens deutlich bemerkbar.
$\times 9 = 73$, $6 \times 7 = 43$, $5 \times 9 = 55$, $35 : 7 = 3$, und zählt
8, 6, 4, 2, 1.
einem Krankenhause zu sein, doch hätten die Leute
nen Ausdruck. Die körperliche Untersuchung ergab
hen einer Gravidität im siebenten Monat. Patientin
etwa 40 Jahren, mit mäßigem Fettpolster. An den
aren krankhafte Veränderungen nicht nachweisbar.
eich und reagieren prompt. Augenbewegungen intakt.
beiderseits konzentrisch eingeengt. Facialisinnervation
Bei der Sensibilitätsprüfung zeigt sich Anästhesie des
s, außerdem der linken Brust- und Bauchhälfte, wobei
in der Mittellinie verläuft. Temperaturunterschiede
örperregionen nicht wahrgenommen. Bei Augenschluß
e mit der linken Hand zwar richtig, aber nicht so
mit der rechten. Komplizierte Bewegungen werden
edoch macht sich bei den mit der linken Hand vorge-
n Vorbeifahren bemerkbar. Den linken Arm vermag
Horizontalen zu heben. Mit der rechten Hand drückt
mometer auf 70, mit der linken nur auf 20; bei stärkerer
Tremor ein.
Symptom ist nicht vorhanden.
ind normal, nur die Patellarreflexe etwas lebhaft.
und Geruchsvermögen ist links herabgesetzt.
nma ist amputiert, eine Narbe verläuft quer über die
Patientin wußte weder, wann und wo die Operation
noch wie der behandelnde Arzt hieß.



Patientin wurde dann allmählich klarer, jedoch wechselte der Zustand; zeitweise erschien das Bewußtsein wieder stärker getrübt, die Apperzeption erschwert. Anfang April war sie über Zeit und Ort leidlich orientiert; über andere Kranke spricht sie auf Befragen in sinngemäßer Weise. Indes blieb sie bei der Unterhaltung mit dem Arzt gedrückt und ängstlich. Sinnestäuschungen schienen nicht vorhanden zu sein. Patientin schlief des Nachts gut, klagte aber öfters über schlechte Träume, erzählt, daß sie mit Blumen geschmückte Särge, Feuer und Wasser gesehen habe. Eine gewisse Willensschwäche macht sich insofern bemerkbar, als sie auf Fragen zögernd und stockend antwortet. Über ihre Vergangenheit sind die Angaben nach wie vor spärlich; bei diesen Erörterungen weint sie oft. In der Stadt, wo sie zuletzt gewohnt hat, seien breite, schöne Straßen, meint, es könne Danzig gewesen sein, schränkt diese Aussage aber gleich wieder ein, sie wisse es nicht, nennt Schneidemühl, das könne aber auch nicht sein, es wäre ein Hafen da gewesen. Sie bleibt dabei, daß sie in Danzig bis zum 16. oder 17. Jahre zur Schule gegangen sei. Eingehenden Fragen weicht sie aus und sagt immer wieder nur, „das ist so lange her, wenn ich das wüßte".

Patientin unterhält sich freundlich mit Pflegerinnen und anderen Kranken, schließt sich an einige besonders an, erzählt ihnen aber über ihr früheres Leben auch nicht mehr als dem Arzt. Ihre Merkfähigkeit ist nicht gestört; sie erinnert sich sowohl ihrer eigenen Äußerungen als auch der Fragen und Einwendungen der Ärzte. Ihre Umgebung beurteilt sie richtig. Patientin macht einen intelligenten Eindruck, beschäftigt sich zeitweise mit leichter Handarbeit. Von ihrer Gravidität hatte Patientin anscheinend keine Ahnung; sie sprach oft von Würmern im Leibe, die sie verschluckt hätte, und erklärte auch einen im Mai erlittenen Ohnmachtsanfall, der schnell und ohne nachträgliche Erscheinungen vorüberging, damit, daß ihr die Würmer hochkämen, da sei ihr schwarz vor den Augen geworden. Gegen Ende des Monats hatte sie öfter Schwangerschaftsbeschwerden, klagte über ziehende Schmerzen im Rücken, häufigen Harndrang, Schwäche in den Beinen, Appetit- und Schlaflosigkeit. Sie erinnert sich zwar, daß sie die Menses seit langer Zeit nicht gehabt hätte, faßte jedoch die Äußerung des Arztes, daß sie schwanger sein könnte, als Scherz auf, das Gefühl im Leibe sei ein anderes, so wäre es bei früheren Schwangerschaften nie gewesen. Die Stimmung ist vorwiegend deprimiert. Wiederholte Nachprüfungen der Sensibilitätsstörung ergeben stets dasselbe Resultat; Patientin steht dieser Anomalie gleichgültig gegenüber, sie habe bisher nichts davon gewußt. Am 5. Juli 1902 wurde sie von einem gesunden, kräftigen Knaben entbunden. Schon einige Tage vorher war sie in ihrer Annahme, daß sie Würmer im Leibe habe, doch schwankend geworden und gab schließlich die Möglichkeit zu: es sei ihr eingefallen, daß sie am Ende doch in andern Umständen sein könnte. Weiteres war aber hierüber nicht zu erfahren.

Das Kind wurde alsbald dem Waisenhause übergeben und ihm auf Wunsch der Patientin die Namen Ernst Paul Franz beigelegt, ohne daß sie gerade für die Wahl dieser Namen eine Erklärung gab. Sie zeigte weiter kein Interesse für das Kind, welches bereits im März 1903 starb. Die Todesursache wurde uns nicht bekannt. Patientin erholte sich bald, blieb jedoch wechselnder Stimmung; sie behauptete, immerfort über ihre Vergangenheit nachzudenken, es fiele ihr aber nichts ein, und das stimme sie traurig.

Mitte Juli wurde Patientin, um Abbildungen von ihr, zwecks Feststellung ihrer Persönlichkeit, an Behörden zu versenden, photographiert. Bei dieser Gelegenheit erhielt Patientin ihre eigenen Kleider; hierunter fand sich auch eine Schürze, und als Patientin dieselbe sah, kam ihr plötzlich die Erinnerung, daß sie eine Tochter habe, die Käte mit Vornamen heiße und etwa zwölf Jahre alt sei. (Die Schürze gehörte ihrer Tochter.) Gleichzeitig äußerte sie wieder Bedenken, daß der Name Hoffmann zutreffend sei, er komme ihr fremd vor, es sei ihr so, als ob der Name kürzer war. Der Name des Vaters, also ihr Mädchenname, ist ihr gänzlich entfallen. Fast täglich wird Patientin nach Einzelheiten gefragt: es sei ihr zweifelhaft, ob sie von Danzig abgefahren sei, denn sie wisse, daß der Hafen, Neufahrwasser, von Danzig eine halbe Stunde abliege, da, wo sie zu Hause sei, wäre der Hafen viel näher. Sie besinnt sich darauf, daß sie bei der Abreise ihre Tochter Käte allein zurückgelassen habe. Von ihrem Manne könne sie sich jetzt eine Vorstellung machen: sie sehe ihn durch das Zimmer schreiten, er war fast einen Kopf größer wie sie und trug eine goldene Brille; „Robert" sei er gerufen worden. Weiter reiche aber die Erinnerung nicht, sie hätte die Empfindung, als wenn das alles so furchtbar lange her sei, 20, 30 Jahre.

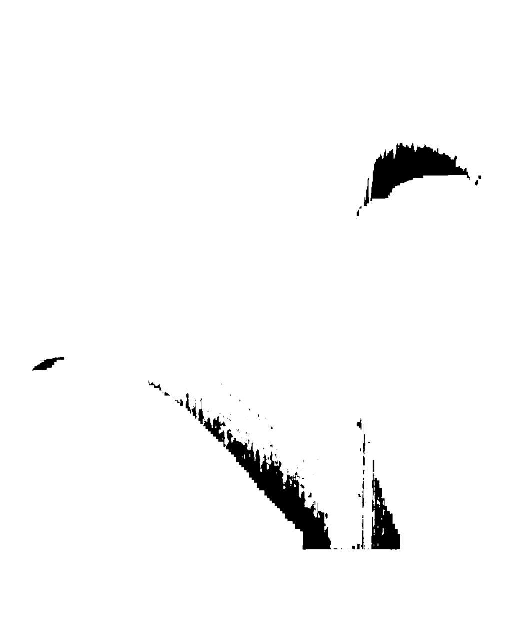
Patientin ist oft hypnotisiert worden, was leicht bei ihr gelang, doch sprach sie in der Hypnose über ihre Vergangenheit auch nicht mehr wie im Wachzustande. Nur einmal änderte sie ihren Vornamen dahin, daß sie behauptete, die Mutter hätte zu ihr „Emmi" gesagt; später wurde sie wieder unsicher, es sei doch wohl „Eva" gewesen. Posthypnotische Suggestionen wurden ihr wiederholt erteilt, hatten aber keinen Erfolg. Bei Wiedergabe ihrer Erinnerungen an Danzig erwähnte sie neben andern Örtlichkeiten besonders oft die Wollwebergasse. Auf ein diesbezügliches Schreiben der Anstaltsdirektion an das Einwohnermeldeamt in Danzig lief die Nachricht ein, daß dort in der von Patientin genannten Straße tatsächlich ein Kaufmann H. gewohnt hatte, der aber inzwischen, wie auch dessen Frau, verstorben war; eine Tochter dieser Leute jedoch, deren Alter dem unserer Patientin entsprach, war 1896 nach Berlin verzogen. Die Recherchen des Polizeipräsidiums ergaben, daß diese Person mit unserer Kranken nicht identisch war.

Mitunter wurden bei Patientin ganz plötzlich durch irgendwelche Vorgänge in ihrer Umgebung oder andere Ursachen Erinnerungsbilder

wachgerufen. Als sie z. B. eines Tages vom Tegeler Schießplatz her das Abfeuern der Kanonen hörte, erinnerte sie sich, daß vor langer Zeit auch in ihrer Heimat geschossen wurde, man habe damals das Nahen des Feindes zur See befürchtet, das müsse wohl 1870 gewesen sein; sie war noch ein Kind, und daraus schließe sie, daß sie Anfang der sechziger Jahre geboren sei, es könnte der 2. Oktober gewesen sein. Beim Betrachten einer bestimmten Lokalisation im Anstaltsgarten fällt ihr eine scherzhafte Szene aus ihrer Kindheit ein, und dabei erinnert sie sich des Namens ihrer ehemaligen Erzieherin, Fräulein D. Daraufhin schrieb sie einen Brief an Fräulein D. nach Danzig. In demselben schilderte sie diese Szene, beschrieb die Umgebung des Elternhauses, die Lage einzelner Zimmer; sie entsinne sich, daß sie oft nach einem nahen Vergnügungsort Jäschkenthal und Zinglershöh gegangen wären; sie habe infolge einer Krankheit ihr Gedächtnis verloren und könne nicht sagen, wer sie sei; sie bäte sie, ihr aus dieser Verlegenheit zu helfen und ihr Nachricht zu geben. Der Brief kam leider als unbestellbar zurück. In einem Gespräch, das Patientin mit einer andern Kranken (Patientin R.) führte, erwähnte letztere, daß sie bei einem Oberförster B. in Königswiese bei Schwarzwasser im Dienst gewesen war. Da kam Patientin die Erinnerung, daß sie als Kind mit ihren Eltern oft in K. zu Besuch weilte. Patientin beschrieb Lage und Einrichtung des Forsthauses genau und richtig, wie es von der Kranken R. bestätigt wurde. Nur konnte sie auf den Namen des damaligen Oberförsters, der ein Vorgänger des Dienstherrn der Patientin R. gewesen war, nicht kommen. Diese Mitteilungen wurden der Berliner Armendirektion berichtet, die sich ihrerseits durch den Gemeindevorstand in Königswiese Namen und derzeitigen Aufenthaltsort mehrerer dort beschäftigt gewesener Oberförster angeben ließ. Drei in Frage kommenden Beamten wurden die hier angefertigten Photographien unserer Patientin mit einem entsprechenden Begleitschreiben zugeschickt, doch kannte sie keiner derselben. Patientin beschäftigte sich in der Anstalt eifrig mit Klavierspiel. Während sie früher, wie sie sich erinnerte, viel auswendig spielen konnte, waren jetzt die meisten Stücke ihrem Gedächtnis entschwunden, nur Tänze kämen ihr von selbst in die Finger. Es soll hier gleich erwähnt werden, daß Patientin später, auch bis in die Gegenwart, niemals mehr versucht hat, festzustellen, ob sie diese Fähigkeit des Auswendigspielens wiedererlangt hat. Nach Notenvorlage spielt Patientin auch schwierige Sachen. Als Patientin mit einer andern Kranken zusammen musizierte, die beim Spiel sehr flüchtig war, fiel ihr ein, daß sie mit ihrem Manne oft vierhändig gespielt hatte, und daß auch er dabei nicht exakt war, was dann zu Streitigkeiten Anlaß gab. Beim Durchsehen von Notenheften der Anstaltsbibliothek liest sie den Namen eines Komponisten und entsinnt sich, daß dieser einst ihr Klavierlehrer gewesen war. Patientin hatte schon vorher öfter von einem bekannten Musiker gesprochen, bei dem sie in Danzig Klavierunterricht gehabt hätte, doch konnte sie sich seines

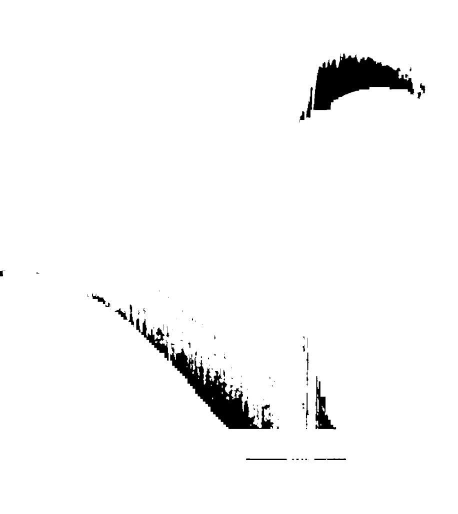
produktiv im Entwerfen neuer Muster und machte sich
alt recht nützlich. Bei Anstaltsfestlichkeiten wirkte sie
:er Weise mit durch Klavierspiel und Vortrag eigener
se litt sie unter leichten Migräneanfällen.
903 wurde sie zum ersten Male nach Berlin beurlaubt.
daß sie vor langer Zeit öfter mit ihrem Manne nach
. Sie fand aber keine Erinnerungen, nur erkannte sie
der, das sie damals besucht hatten.
tätsstörung ist bisher im wesentlichen unverändert
bezüglichen Angaben waren oft unsicher, aber ohne
linke Arm konnte höher als bis zur Horizontalen nicht
ihrend die übrigen Bewegungen frei waren. Die rohe
ie vor links bedeutend geringer (20 : 70). Die Ge-
ung war jedoch im Sommer 1903 nicht mehr nachweis-
von Wechsel der Sensibilitätsanomalie mit Änderung
icht beobachtet worden. (*Janet*, Der Geisteszustand
Aufzeichnungen über das Verhalten der Sensibilität
. nicht vorhanden, nur einmal wird vermerkt, daß
ı Zustande Berührungen der linken Hand richtig

03 wurde Patientin zu fremden Leuten in Familien-
e daß es bis dahin trotz mannigfachster Versuche
Personalien festzustellen. In der Folgezeit vermochte
erwähnte außerordentliche Geschicklichkeit in der
:kereiarbeit eine geeignete Beschäftigung zu finden,
vierunterricht und erteilte Lektionen in französischer
he. Sie arbeitete über ihre Kraft und wollte, wie sie
dienen, um ihre Tochter Käte aufsuchen zu können.
t vom Pfleglingsarzte. Sie suchte in Journalen und
rungsobjekten, ohne zu ihrer Betrübnis solche finden
Pflegeleuten sprach sie wenig über ihre Vergangenheit,
dem Arzte nicht schon bekannt gewesen wäre. Trotz
Äußerungen von Sehnsucht nach den Angehörigen
äufig den Eindruck, als ob ihr nicht so viel daran
men und Herkunft ermittelt würden. Erst im Juni
ontan von ihrem gerichtlich bestellten Pfleger, daß
r Aufklärung getan würden. Ärztlicherseits wurde



ihr geraten, den Pfleger zu veranlassen, einen Antrag zu stellen, dahin, daß ihr von der Berliner Armendirektion die Mittel bewilligt würden, eine Reise nach ihrer vermutlichen Heimat zu unternehmen. Der Antrag wurde gestellt, und die Armendirektion erklärte sich damit einverstanden. Trotz der immerhin spärlichen Angaben konnte es keinem Zweifel unterliegen, daß der Heimatsort in einer der Ostseeprovinzen zu suchen wäre, und daß eine der Hafenstädte in Betracht kam. Da nun anscheinend Danzig eine große Rolle in ihrer Vergangenheit gespielt hatte, wurde beschlossen, sie zunächst dahin zu schicken. Es war anzunehmen, daß, wenn Danzig wirklich ihre Heimatstadt war, sie dort Leute treffen würde, die sie von früher her kannten und in der Lage wären, ihren Namen anzugeben, daß andrerseits durch den Aufenthalt daselbst, durch den Anblick der Stätten ihres früheren Lebens Erinnerungsbilder wachgerufen werden würden, wodurch die Gedächtnisstörung günstig beeinflußt werden konnte. Im Sommer 1904 war seitens der Armendirektion mit genauer Wiedergabe dessen, was Patientin aus ihrer Vergangenheit erzählt hatte, und Beifügung der bereits erwähnten drei Photographien nochmals an die Polizeidirektion zu Danzig, und da die von Patientin genannten Straßennamen zum Teil auch in Königsberg vorkommen, an das Polizeipräsidium daselbst geschrieben worden, jedoch hatten die Recherchen dieser Behörden keinen Erfolg, ebensowenig die Nachforschungen des Polizeipräsidiums zu Berlin. Die Ermittlungen waren deshalb so schwierig, weil mit Bestimmtheit angenommen werden mußte, daß der Name Hoffmann nicht zutreffend war. Während der Zeit, in welcher sich Patientin in Familienpflege befand, ist sie noch oft hypnotisiert worden, ohne dadurch, wie auch schon früher, etwas Neues zu erfahren. Auch die Sensibilitätsstörung ist wiederholt nachgeprüft worden. Sie änderte sich insofern, als in den letzten Jahren die Anästhesie sich nicht mehr auf den ganzen linken Arm erstreckte. Patientin machte bei Berührungen der linken Hand prompte Angaben, bei solchen des Vorderarmes bis zur Ellenbeuge erfolgten die Antworten zögernd, aber meist richtig, während der Oberarm völlig anästhetisch blieb. In gleicher Weise verhielt sich die Schmerzempfindung. Bei Faradisation des Arms fühlte Patientin schwache Ströme nur bis zur unteren Hälfte des Vorderarms, stärkere bis zur Ellenbeuge, am Oberarm dagegen nur ganz starke, und zwar an der Beugeseite mehr als an der Streckseite. Sonst waren keine Veränderungen zu konstatieren. Die Stimmung blieb wechselnd; bei den Erörterungen über ihre Vergangenheit wurde sie fast stets deprimiert. Solche Depressionen traten auch sonst auf aus andern Gründen, die noch erwähnt werden sollen. Patientin war dann außer stande, ihrer Beschäftigung nachzugehen. Die Absicht, Patientin nach Danzig reisen zu lassen, konnte nicht sogleich durchgeführt werden, da sich die Bewilligung der Mittel seitens der Armendirektion in die Länge zog, und als Patientin im Herbst 1905 die Reise antreten sollte, lehnte sie dieselbe des kalten Wetters wegen ab. Die Angelegenheit ruhte dann bis

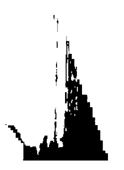
ıeren ärztlichen Tätigkeit in Dalldorf kannte, nahm
ıtte ihrer an und unterstützte sie in liebenswürdigster
ihrer Ankunft in Danzig machte Patientin einen Spazier-
tadt und erkannte auch gleich einige Häuser wieder,
deutung gewesen waren. In der Marienkirche und Jo-
en die Kirchenbücher nachgesehen, es war aber aus
eruieren. Am Hafen las sie zufällig auf einem Firmen-
eines Reeders, und da fiel ihr ein, daß sie zwei Jugend-
n Namens gehabt habe. Es konnte festgestellt werden,
Damen in Danzig selbst, die andere in Stettin ver-
Begegnung mit der in Danzig lebenden Dame war er-
ı sich beide nicht. Patientin fuhr dann auf Veran-
ıem Empfehlungsschreiben des Herrn Kollegen Dr. Z.
suchte hier Frau Dr. G., die andere der ebengenannten
G. kam unsere Patientin bekannt vor, erinnerte sich
s jedoch nicht, und es konnte auch sonst durch diesen
ives ermittelt werden. Frau Dr. G. legte unserer
ı vor, das die Photographien von Freundinnen aus
., Patientin konnte aber ihr bekannte Persönlichkeiten
n, auch war Patientin selbst auf Bildern, die Gruppen
Schulzeit der Frau Dr. G. darstellten, nicht heraus-
überließ Frau Dr. G. ihre Photographie und reiste
ʒ und dann nach Königsberg. Sie hielt sich in diesen
eit auf, da sie dort keine Erinnerungsbilder fand und
am. Patientin kehrte darauf nach Berlin zurück;
Tage gedauert.
in einer Danziger Zeitung ein Artikel erschienen,
ıicksal unserer unbekannten Frau befaßte; die Leser
sich zu melden, falls sie etwas über die Persönlich-
ı. Im ganzen war das Ergebnis der Reise doch in-
. als Anhaltspunkte gefunden worden waren, die eine
ʒ ermöglichten. Frau Dr. G. in Stettin interessierte
Kranke und war unablässig bemüht, ihren Namen
sie unter anderem die Photographie derselben in
e zirkulieren. Auf diese Weise gelangte das Bild
Danzig. Hier bei Frau Pastor H. sah nun zufällig
zig verheiratete Schwester der ehemaligen, jedoch
Erzieherin unserer Patientin und konnte sofort den
ıamen angeben. Die weiteren Ermittlungen boten



dann keine Schwierigkeiten mehr. Man stellte fest, daß die Angehörigen der Patientin in Stralsund lebten. Pastor H. in Danzig schickte das Bild an Herrn Superintendenten D. in Stralsund, und dieser trat direkt mit der Familie in Verbindung. Ein verheirateter Neffe der Patientin, Herr B., wohnt in einem Vorort Berlins. Dieser wurde alsbald benachrichtigt und beauftragt, Patientin zu besuchen. Her B. nahm ein Bild aus früheren Jahren mit, das Patientin zusammen mit ihrer Tochter darstellte. Er erkannte seine Tante sofort und begrüßte sie aufs herzlichste. Patientin verhielt sich ihm gegenüber völlig fremd und war von seiner Begrüßung sehr peinlich berührt. Darauf erzählte ihr B. vieles aus der Heimat und übergab ihr das Bild. Den Tatsachen mußte sich Patientin schließlich fügen. Tags darauf, am 31. Januar 1907, kam Patientin sehr erregt zur Anstalt, weinte und war alles andere als glücklich. Die Leute wären ihr ganz fremd, sie nähme keinen Pfennig Unterstützung von ihnen an. Patientin war nur mit Mühe zu beruhigen. Am nächsten Tage erhielt sie Besuch von der Frau des Herrn B. und dessen Schwester. Sie blieben stundenlang zusammen und bemühten sich redlich, Patientin aufzuheitern und ihr Mut zuzusprechen. Patientin erkannte ihre Nichte zunächst nicht, erst nach längerer Unterhaltung kam ihr, wie Patientin angab, die Erinnerung, daß sie B. wie dessen Schwester früher oft gesehen habe. Die Frau des Herrn B. konnte sie nicht kennen. Einen heikeln Punkt der ganzen Angelegenheit bildete die Schwangerschaft, und Frau B. merkte an dem eigentümlichen Verhalten der Patientin sehr bald, daß diese etwas zu verbergen suchte, und erfuhr durch eindringliches Fragen von Patientin selbst, daß sie in der Anstalt geboren habe. Die Aufregung der Patientin über dieses Geständnis legte sich erst, als ihr die Verwandten versicherten, sie hätten keinen Zweifel daran, daß sie damals vor ihrer Abreise mit dem Ehemanne zusammengewesen sei, und daß dieser allein als Vater des Kindes in Betracht käme. Nach dieser Erörterung wurde Patientin dann vergnügt und mitteilsamer, äußerte den dringenden Wunsch, ihre Tochter Käte möglichst bald wiederzusehen. Patientin zog darauf für einige Zeit zu ihren Verwandten, und durch den lebhaften Verkehr mit ihnen wurden sehr bald bei ihr zahlreiche Erinnerungen aus der Vergangenheit wachgerufen. Sie selbst erzählte, daß sich Erinnerungsbilder einzelner Epochen ihres Lebens allmählich häuften und sich dann zu einem Ganzen zusammenschlössen; jedesmal, wenn ihr dies gelungen sei, habe sie ein gewisses Gefühl von Befriedigung und Beruhigung. Die Erinnerungen wurden geweckt teils durch Erzählungen seitens der Verwandten, dann aber auch zum größeren Teile durch sie selbst, indem sie sich, nach ihrer eigenen Darstellung, intensiv in die Situationen, die lückenhaft und verschwommen auftauchten, hineinzudenken bemühte. Die Ereignisse, die zeitlich am weitesten zurücklägen, seien ihr leichter und schneller im Gedächtnis wieder lebendig geworden als die der letzten Jahre, auch habe sie für jene mehr das Gefühl des wirklich Erlebten, während ihr die

dieses der Wirklichkeit entsprach.
:h heraus, daß der Neffe der Patientin hier wiederholt
isidium gewesen war, um sich nach der verschwundenen
gen; man hatte ihm verschiedene Bilder von anderen
jedoch zufällig nicht dasjenige unserer Patientin, sonst
:l früher von ihren Angehörigen rekognosziert worden.
Anamnese des Falles erfuhren wir von den Verwandten
:ndes: Patientin Emilie V. geb. P. ist am 2. Oktober
te sie also seinerzeit richtig angegeben — 1860 zu Bo.
:ußen geboren. Sie verlebte ihre Kindheit auf dem Gute
i. Lebensjahre kam sie zum Schulbesuch nach Danzig
t nach Verlauf eines Jahres in der Marienkirche einge-
: dann nach Hause zurück, verbrachte jedoch in der
· längere Zeit in Danzig, wo sie Unterricht in Musik
n. Als Patientin 21 Jahre alt war, starb der Vater
en Nierenleiden, und die Mutter verlegte ihren Wohn-
Ihren späteren Ehemann hat Patientin schon vorher,
les Vaters, im Elternhause kennen gelernt, der Vater
Heirat gewesen. Letztere kam erst im Jahre 1885 zu-
ırde Patientin am 25. Januar in der Johanniskirche zu
tientin zog darauf mit ihrem Manne nach Stralsund,
; großen Materialwarengeschäfts war. Aus der Ehe
er, von denen vier im Alter von 1—3 Jahren, angeb-
zündung, gestorben sind; eine Tochter, Käte, lebt,
!0 Jahre alt. Fehlgeburten hat Patientin nicht gehabt.
us glücklich, jedoch soll der Ehemann außerordent-
vesen sein, so daß sie fortwährend mit pekuniären
kämpfen hatten. Schließlich wurde das Geschäft
t; der Ehemann hatte auch das Vermögen seiner
mußte im Jahre 1892 auf Betreiben der Verwandten
ndern. Patientin lebte dann mit ihrer Mutter und
bis erstere 1897, im 74. Lebensjahr, an einem Herz-
n selbst hat in ihrer Kindheit keine schweren Krank-
Seit ihrem 12. Lebensjahre leidet sie an Migräne-
:rst heftig auftraten. Im Jahre 1890 wurde ihr im
lsund wegen eines Tumors die linke Mamma ampu-
gen hat Patientin nicht erlitten, Potus und luische
schieden negiert. Psychisch hat Patientin bis zum





Ende des Jahres 1901 nie etwas Auffälliges geboten, war, abgesehen von den Zeiten, wo sie unter der Migräne zu leiden hatte, stets sehr lebenslustig, wurde von ihren Verwandten allgemein geliebt und erfreute sich eines tadellosen Rufes. Geisteskrankheiten sind in der Familie der Patientin nicht vorgekommen, nur soll der Vater, der ein sehr tüchtiger und zuverlässiger Mann war, absonderliche Ansichten gehabt und diese oft in außergewöhnlich schroffer Weise vertreten haben; gegen seine Untergebenen ging er öfter so rücksichtslos vor, daß der Ortsgeistliche sich genötigt sah, ins Mittel zu treten. Die Tochter der Patientin ist gegenwärtig als Stütze in fremdem Haushalt tätig; etwas Abnormes war an ihr nicht festzustellen. Im Winter 1901-1902 hat Patientin sich in ihrem Wesen insofern geändert, als sie stiller wurde und sich von ihren Verwandten zurückzog; körperlich soll sie recht elend gewesen sein. Diese Veränderung trat allmählich ein im Anschluß an eine vierzehntägige Reise, die Patientin im Herbst 1901 unternahm. Als sie von dieser Reise zurückkehrte, war sie reizbar und verschlossen, weigerte sich, ihren Verwandten anzugeben, wo sie gewesen war. Am 22. März 1902 verschwand Patientin plötzlich, als ihre Tochter abwesend war, ohne daß ihr am Tage vorher etwas Besonderes anzumerken gewesen wäre. Zu Hause ließ sie ein Testament zurück, in welchem sie die Tochter zur Erbin bestimmte. Die Angehörigen hielten Patientin für tot, da alle ihre Versuche, sie aufzufinden, vergeblich waren, doch haben sie immer wieder noch gelegentlich Nachforschungen angestellt. Sie übernahmen die Erziehung der Tochter der Patientin, Möbel und sonstige Sachen der letzteren wurden größtenteils verkauft und der Erlös zugunsten der Tochter verbraucht. — Schon von der Zeit an, als der Ehemann nach Amerika ausgewandert war, hatte Patientin durch Anfertigung von Handarbeiten, Erteilung von Musik- und Sprachunterricht die Existenzmittel für sich und die Ihrigen beschafft. Patientin erinnert sich jetzt mit Bestimmtheit, daß sie mit ihrer Tochter im Jahre 1901 von Mitte Juli bis Mitte August in Templin zur Erholung weilte, und daß sie dort mit ihrem Manne zusammengetroffen ist. Sie hat eine lebhafte Vorstellung von seinem damaligen Aussehen und weiß, daß es einen gewaltigen Eindruck auf sie machte, als sie die Tür öffnete und ihn plötzlich vor sich stehen sah. Sie weiß aber nicht, ob es damals zu einem sexuellen Verkehr gekommen ist, hält es jedoch nicht für ausgeschlossen. Auch besinnt sie sich nicht darauf, welchen Zweck der Ehemann mit seinem Besuch verknüpfte, und wie lange er sich dort aufgehalten hat. Sie vermied es, ihren Verwandten von der Zusammenkunft irgendeine Mitteilung zu machen, weil jene ihm verboten hatten, sich ihnen jemals wieder zu nähern, und sie keine Unannehmlichkeiten haben wollte. Der Tochter verheimlichte sie ebenfalls die Rückkehr des Vaters. An die vorerwähnte 14tägige Reise im Herbst hat Patientin keine Erinnerung, meint aber, daß sie ihren Mann nach jenem Sommeraufenthalt in Templin noch einmal gesehen hätte, ohne über Zeit und Ort dieser zweiten Be-

gegnung Angaben machen zu können. Es ist anzunehmen, daß Patientin tatsächlich abermals mit dem Ehemann zusammengewesen ist und bei dieser Gelegenheit von ihm geschwängert wurde; bezüglich der Geburt des Kindes würde der Verkehr im Sommer 1901 zu weit zurückliegen.

Wie schon hervorgehoben, gelang es Patientin vermöge ihrer Fähigkeiten, sich auch während der langen Zeit, wo sie in Pflege war, einen, freilich nur geringen, Verdienst zu verschaffen, vermochte jedoch einer dauernden Beschäftigung nicht nachzugehen, einmal, weil sie wegen der zeitweise auftretenden Kopfschmerzen und Stimmungsschwankungen daran gehindert war, dann aber auch infolge der Unmöglichkeit, sich zu legitimieren. Wiederholt hat sie eine ihr zusagende Beschäftigung dadurch verloren, daß über ihre Vergangenheit Gerüchte auftauchten, die ihr ein längeres Verbleiben in der Arbeitsstelle unerträglich machten. So wurde sie auch einmal in dieser Weise durch einen Zeitungsartikel geschädigt und psychisch stark mitgenommen, der von einem früheren Kranken hiesiger Anstalt herrührte; in demselben war auf das Geheimnis ihrer Herkunft hingewiesen und angedeutet, daß sie wohl Grund hätte, ihren richtigen Namen zu verschweigen. Ganz unabhängig von dieser gehässigen Zeitungsnotiz wurde Anfang Januar dieses Jahres in der „Berliner Morgenpost" ausführlich über die „unbekannte Frau" berichtet. Die Darstellung des interessanten Falles war bis auf einige Unrichtigkeiten sachlich gehalten und hatte für unsere Patientin nichts Kränkendes. Sie verfolgte lediglich den Zweck, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die bisher unbekannt Gebliebene zu richten und dadurch ihre Angehörigen aufzufinden. Diese dankenswerte Veröffentlichung ist dann noch von hiesiger Direktion entsprechend korrigiert worden. Sie fand Abdruck in zahlreichen Provinzblättern, und bald darauf liefen nicht weniger als 32 Zuschriften an die Anstaltsdirektion aus allen Teilen Deutschlands ein von Leuten, denen eine weibliche Angehörige unter annähernd ähnlichen Verhältnissen abhanden gekommen war. Hierunter befand sich auch eine Anfrage aus Demmin, worin Name und Herkunft unserer Kranken richtig angegeben war, und die sie auch tatsächlich betraf, jedoch war unsere Patientin inzwischen bereits rekognosziert worden.

Es muß hervorgehoben werden, daß somit der Bericht der „Berliner Morgenpost" auf Feststellung der Persönlichkeit unserer Kranken keinerlei Einfluß gehabt hat, daß dies vielmehr lediglich durch jene Reise der Patientin bewirkt worden ist. Wäre diese Reise erfolglos geblieben, so kann es allerdings keinem Zweifel unterliegen, daß die aus Demmin auf jenen Zeitungsbericht eingegangene Anzeige zur Entdeckung geführt hätte.

Nachdem die Personalien unserer Patientin bekannt geworden waren, entstand die Frage, wo der Unterstützungswohnsitz zu suchen war, und wer die in den fünf Jahren der Stadt Berlin entstandenen Kosten zu übernehmen hatte. Der Ortsarmenverband Stralsund erkannte die Ortsange-

hörigkeit der als Frau V. ermittelten Patientin an. Patientin wurde am 1. Mai d. J. als vollkommen erwerbsfähig aus der irrenärztlichen Fürsorge entlassen. Es erübrigte sich daher die zunächst seitens der Berliner Armendirektion in die Wege geleitete Übernahme der Patientin durch den Landesarmenverband der Provinz Pommern und Überführung in eine der dortigen Anstalten. Nach § 30 a des Reichsgesetzes über den Unterstützungswohnsitz wurde die Rückzahlung der Kosten bis zum 1. Januar 1905 abgelehnt, da die Forderungen bis zu diesem Termin verjährt waren. Für die nachfolgende Zeit wurde die Weigerung der Rückerstattung damit begründet, daß Patientin nicht mehr hilfsbedürftig gewesen sei. Daraufhin war festzustellen, in welcher Zeit Frau V. von dem genannten Tage ab als geisteskrank und inwieweit als hilfsbedürftig anzusehen war. Es mußte zugegeben werden, daß Patientin wegen des großen Erinnerungsdefektes und der daraus resultierenden Stimmungsschwankungen, die sie oft zu jeder Art von Beschäftigung unfähig machten, als geisteskrank zu bezeichnen war. Diese Geisteskrankheit bestand vom Aufnahmetage in die Anstalt bis Ende April 1907. Ein genaues Datum ihrer Genesung festzustellen, war nicht möglich, weil die Aufhellung des Gedächtnisses für die Vergangenheit nur allmählich eintrat und auch heute noch nicht beendet ist. Der Defekt ging jedoch soweit zurück, daß Patientin am 1. Mai d. J. eine feste Stellung antreten konnte. Von diesem Zeitpunkte an war sie, wie sie auch bisher bewiesen hat, imstande, für ihren Unterhalt vollkommen selbständig zu sorgen. Die Hilfsbedürftigkeit für die Zeit, während welcher sie sich in Familienpflege befand, war durch die Art der geistigen Erkrankung bedingt. Denn wenn sie auch in dieser Zeit, wie schon hervorgehoben, geringen Verdienst hatte, so konnte sie doch infolge der durch die vergeblichen Versuche, ihre Persönlichkeit festzustellen, bedingten fortwährenden Alteration des psychischen Gleichgewichts und der Unmöglichkeit, sich zu legitimieren, einer andauernden, ausreichenden Beschäftigung nicht nachgehen. Es konnte ja auch nachgewiesen werden, daß sie infolge ihrer Namenlosigkeit wiederholt Erwerbsquellen verloren hatte. Es war daher nicht zu bezweifeln, daß Frau V. für die Zeit vom 23. März 1902 bis 1. Mai 1907 als geisteskrank und ebenfalls als hilfsbedürftig anzusehen war. Nunmehr wurden von dem Herrn Landeshauptmann der Provinz Pommern die Forderungen der Stadt Berlin für die Zeit vom 1. Januar 1905 bis 1. Mai 1907 als berechtigt anerkannt, die Bezahlung der aus der Reise unserer Patientin entstandenen Kosten aber abgelehnt. Von den ursprünglich geforderten 3000 Mk. für die ganze Zeit und den nach Abstrich der ersten drei Jahre verbleibenden 926 Mk. wurden daher nur 850 Mk. bezahlt. Die Entschädigungsfrage ist damit keinesfalls endgültig erledigt; die Verhandlungen werden im Interesse der Stadt Berlin weiter fortgesetzt.

Noch einmal kurz zusammengefaßt, war der Verlauf des Falles folgender:

Eine am Ende des dritten Jahrzehnts stehende Frau wird in verworrenem Zustande in die Anstalt eingeliefert, nachdem sie zuvor versucht hatte, sich das Leben zu nehmen. Hier wurde festgestellt, daß sie sich in einem Dämmerzustand befand. Als Patientin allmählich wieder klarer geworden war, zeigte es sich, daß sie sich nicht allein auf die Vorgänge, welche ihrer Aufnahme in die Anstalt vorausgingen, nicht besinnen konnte, sondern daß sie einen Erinnerungsdefekt hatte, der sich fast auf ihre ganze Vergangenheit erstreckte. Sie konnte über ihre Persönlichkeit keine brauchbaren Angaben machen, so daß sie in Akten und Journalen als „unbekannte Frau" geführt werden mußte. Einzelne Vorstellungen und Vorstellungskomplexe aus früheren Zeiten ihres Lebens waren vorhanden, die auch in der Folge ziemlich unverändert bestehen blieben. Bei allen Explorationen und wiederholt vorgenommenen Hypnotisierungen kam man bezüglich der Feststellung von Namen und Herkunft immer nur bis zu einer gewissen Grenze, und ihr Verhalten erweckte oft den Verdacht, daß Patientin absichtlich bemüht wäre, ihre Personalien zu verheimlichen. Bestärkt wurde dieser Verdacht durch den Umstand, daß Patientin schwanger war. Da über den Vater des am 5. Juli 1902 geborenen Kindes nichts von ihr zu erfahren war, mußte man annehmen, daß diese Schwangerschaft für die Ätiologie der geistigen Erkrankung nicht ohne Bedeutung gewesen sein konnte. Im Juni 1903 wurde Patientin in Familienpflege gegeben, in der sie bis zum 1. April 1907 ununterbrochen verblieb. Alle Versuche, ihre Angehörigen zu ermitteln, waren vergeblich gewesen. Im Sommer vorigen Jahres unternahm Patientin eine Reise nach Danzig, ihrer mutmaßlichen Heimat, die insofern von Erfolg begleitet war, als es gelang, Persönlichkeiten ausfindig zu machen, mit deren Hilfe dann später schließlich Patientin identifiziert und ihre Verwandten bekannt wurden. Patientin zog nun für einige Zeit zu den bei Berlin wohnenden Verwandten, und durch den ständigen Verkehr mit ihnen wurde die Erinnerung für die Vergangenheit zum großen Teil wieder wachgerufen. Der jetzt noch bestehende Defekt umfaßt im wesentlichen die Zeit vom Ende des Jahres 1901 bis zum 5. Juli 1902, jedoch sind auch aus früheren Jahren noch einzelne Lücken vorhanden. Von den sonstigen seinerzeit nachgewiesenen nervösen Symptomen hat die Sensibilitätsstörung in der zuletzt beschriebenen Ausdehnung sich bis heutigen Tages erhalten. Da an

der hysterischen Natur dieser Symptome nicht zu zweifeln ist, Patientin andrerseits niemals Zeichen einer organischen Gehirnerkrankung geboten, niemals Krämpfe oder Schwindelanfälle gehabt hat, muß auch der damalige Dämmerzustand, wie die Amnesie als hysterisch aufgefaßt werden. Für Hysterie spricht auch die Art des seinerzeit unternommenen Selbstmordversuchs, welcher die Aufnahme in die Anstalt zur Folge hatte.

Nach der bekannten *Janet*schen Einteilung der hysterischen Amnesien [1]) handelt es sich in diesem Falle um eine lokalisierte retrograde Amnesie. Dieselbe umfaßte ursprünglich die Zeitperiode, in welcher sich Patientin im Dämmerzustand befand, und erstreckte sich nach rückwärts fast über die ganze Vergangenheit; einzelne Erinnerungen waren bestehen geblieben. Diese Amnesie könnte auch als eine systematische bezeichnet werden, insofern Patientin, abgesehen von der Erinnerungslosigkeit für die Zeit des Dämmerzustandes, größtenteils das vergessen hatte, was sich auf ihre Persönlichkeit bezog, was zur Feststellung derselben hätte führen können, und was mit der Schwangerschaft in Zusammenhang stand. Da jedoch der Defekt gegenwärtig auf die Zeit von Ende 1901 bis zum 5. Juli 1902 zusammengeschmolzen, also zeitlich eng begrenzt ist, wird die Amnesie richtiger als lokalisierte retrograde bezeichnet, zumal Patientin für diese Periode gar keine Erinnerungen hat. Wann der Dämmerzustand einsetzte, ist schwer zu entscheiden, es ist aber anzunehmen, daß derselbe plötzlich aufgetreten ist, da eine Freundin der Patientin, die sie vor einiger Zeit besuchte, erzählt hat, sie habe Patientin noch am letzten Tage vor ihrem Verschwinden gesehen und nichts Auffälliges an ihr wahrgenommen. Die Tochter konnte uns über das damalige Verhalten ihrer Mutter keine Angaben machen. Patientin erinnert sich in durchaus normaler Weise aller späteren Ereignisse und Vorgänge von dem Augenblick an, wo ihr von einer Pflegerin das neugeborene Kind abgenommen wurde, so daß dieser Zeitpunkt als Ende des Dämmerzustandes festzusetzen ist (5. Juli 1902).

Es fragt sich, ob die Amnesie in dieser großen Ausdehnung wirklich vorhanden war. *Strümpell* [1]) hebt mit Recht hervor, wie schwer

[1]) *Janet*: Der Geisteszustand der Hysterischen. Leipzig und Wien 1894.

[2]) *Strümpell*: Über einen Fall von retrograder Amnesie nach traumatischer Epilepsie. Deutsche Zeitschrift für Nervenkrankheiten, Bd. 8, H. 5-6.

es sein könne, eine Grenze zwischen hysterischer und simulierter Amnesie zu ziehen. Das Verhalten unserer Patientin war zeitweise ein recht merkwürdiges. Bei den so häufigen Explorationen während ihres Anstaltsaufenthaltes und auch später fiel es auf, daß sie stets, und auch in hypnotisiertem Zustande, Angaben über ihre Vergangenheit nur insoweit machte, als sie zur Aufklärung ihrer Persönlichkeit nicht führen konnten. Dazu kommt, daß sich das, was sie damals über ihre Kindheit erzählte, was sie von ihren Angehörigen wußte, später alles als richtig herausgestellt hat. Sie sprach stets von Danzig, ohne jemals Stralsund auch nur andeutungsweise zu erwähnen; hätte sie letzteres getan, so wäre es ohne Schwierigkeit bald gelungen, ihre Verwandten zu ermitteln. Einmal nannte sie in der Hypnose, nach ihrem Geburtsort befragt, die erste Silbe desselben, „Bo—", dann brach sie ab. Den Vornamen ihres Mannes gab sie richtig an. Der Familienname „Hoffmann" hat mit dem zutreffenden Namen nicht die geringste Ähnlichkeit. Sich selbst hatte sie einmal mit „Emmy" richtig benannt, änderte diesen Namen dann aber in Eva um. Ihren Mädchennamen wußte sie nicht. Auffallend war es auch, daß sie bis zum Jahre 1904 wenig dazu tat, ihre Angehörigen wiederzufinden. Auch war nicht zu verkennen, daß sie, als dieses endlich gelang, keineswegs erfreut war. In ihrem Verhalten den Verwandten gegenüber änderte sie sich wesentlich, nachdem sie mit ihnen über die in der Anstalt erfolgte Geburt gesprochen hatte. Patientin hat sich, wie wir von verschiedenen Seiten erfuhren, bis zu ihrem Verschwinden stets eines tadellosen Rufes erfreut, die Schwängerung mußte daher für sie außerordentlich peinlich und beschämend sein. Denn wenn auch als Vater des Kindes nur der legitime Ehemann in Frage kam, so war sie, nach ihrer Angabe, infolge der Meinung, die seine Angehörigen über ihn hatten, doch nicht in der Lage, ihnen zu erzählen, daß sie sich mit demselben wieder getroffen hatte. Möglich ist es auch, daß Patientin schon damals, als ihr die Konzeption zur Erkenntnis kam, bereits geistig erkrankt war und es infolge krankhafter Vorstellungen vermied, ihren Angehörigen von dem Besuch des Mannes Mitteilung zu machen. Da die Ehe nicht geschieden war, hätten die Angehörigen und andere Leute auch keinen Anlaß gehabt, den Geschlechtsverkehr mit dem Ehemann als etwas Unehrenhaftes hinzustellen. Andererseits ist aber auch heute noch nicht bewiesen, daß der Ehemann tatsächlich

mit Patientin zusammengewesen ist, die Angehörigen nehmen das nur an und haben Patientin bisher niemals wegen der damaligen Schwangerschaft einen Vorwurf gemacht. Patientin hätte also heute keinen Grund, wegen dieser Gravidität Amnesie zu simulieren, wenn sie nicht befürchten müßte, daß eines Tages der Ehemann, über dessen Aufenthalt zurzeit nicht das geringste bekannt ist, von dem man nicht weiß, ob er überhaupt noch am Leben ist, wiederkehren und die Angaben der Patientin über die Zusammenkunft im Jahre 1901 als unmöglich zutreffend hinstellen könnte. Patientin erinnert sich jetzt, daß der Ehemann sie Ende August 1901, als sie mit ihrer Tochter in der Sommerfrische war, besucht hat, daß sie ihn später (im Herbst desselben Jahres) noch einmal gesehen hat; man müßte daher auch annehmen, daß sich der Geschlechtsverkehr, den sie doch wahrscheinlich nicht so ohne weiteres zugelassen hat, ebenfalls ihrem Gedächtnis eingeprägt hätte; sie sagt aber nur, sie könne es sich nicht anders denken, als daß es zum Geschlechtsverkehr gekommen sein müßte. Der Besuch des Ehemannes und der Geschlechtsverkehr bilden ein Ganzes und müssen einen Komplex von Erinnerungsbildern zur Folge haben. Man sollte daher meinen, daß nach Auftauchen einzelner Bilder dieses Komplexes auch der ganze Komplex auf assoziativem Wege reproduziert werden könnte, wie ihr dies ja bei andern Erinnerungen ohne weiteres gelungen ist.

Umgekehrt sprechen aber einige der angeführten Gründe ebenso gegen die Beurteilung des großen Erinnerungsdefektes als einer absichtlichen Täuschung seitens der Patientin. Gegen Simulation fällt beispielsweise die Tatsache ins Gewicht, daß Patientin trotz jahrelanger und eingehender Beobachtungen über ihre Herkunft nicht mehr sagte, als sie es schon immer getan hatte. Wiederholt sind Leute, denen sie sich im Laufe der Jahre näher angeschlossen hatte, über Äußerungen der Patientin befragt worden, jedoch hat sie diesen stets dieselben Angaben gemacht, wie sie dem Arzt bereits bekannt waren. Ebenso muß hier auch die Tatsache bewertet werden, daß Patientin in der Hypnose nicht mehr über ihre Herkunft und Angehörigen sagte als im Wachzustande. Die Depressionszustände, wie sie besonders in den beiden letzten Jahren auftraten, und die nach Aussage der Patientin darauf zurückzuführen waren, daß sie sich einsam und verlassen fühlte, ließen dem Beobachter an der Realität derselben keinen Zweifel.

Die obenerwähnte Sensibilitätsstörung, die Gesichtsfeldeinschränkung sind sichere krankhafte Symptome. Da nun die Amnesie mit diesen Zuständen und nervösen Störungen verbunden war, kann eine Simulation lediglich der Amnesie nicht angenommen werden. Weiterhin muß besonders hingewiesen werden auf die Art, in welcher sich die Amnesie zurückgebildet hat. Patientin ist es aufgefallen, daß die fernsten Abschnitte ihres Lebens schneller und deutlicher in ihren Erinnerungen wieder auftraten als zeitlich jüngere Erlebnisse (*Ribot*: Regressionsgesetz [1])). Schon während des Anstaltsaufenthaltes kehrten zuerst Erinnerungen an Vorgänge aus frühester Kindheit wieder. Auch das Zustandekommen der Erinnerungen durch Auftauchen einzelner Bilder und Verschmelzung derselben auf assoziativem Wege ist in dieser Hinsicht von Bedeutung.

Nach Erwägung aller der für und gegen Simulation sprechenden Gründe muß es doch unter Berücksichtigung der ganzen Persönlichkeit, des ganzen Wesens unserer Patientin als sicher gelten, daß in der Hauptsache die Amnesie sowohl in dem ausgedehnten Maße wirklich bestanden hat als auch mit ihrem restierenden Teile noch vorhanden ist.

Von den in der Literatur niedergelegten Fällen will ich nur die erst kürzlich erfolgte Publikation von *Konrad* [1]) anführen. Sie betrifft einen Fall retrograder Amnesie bei Hystero-Epilepsie. Jene Patientin hatte nach einem neuntägigen Zustand von Bewußtlosigkeit ebenfalls ihre ganze Vergangenheit vergessen, jedoch auch — im Gegensatz zu unserer Kranken — ihre bisher erworbenen Kenntnisse fast sämtlich verloren. Sechs Monate nach Beginn der Krankheit war sie wieder im Vollbesitz ihrer früheren Intelligenz, ohne daß die Erinnerung an die Vergangenheit zurückgekehrt war; sie kannte dieselbe nur, insoweit man ihr darüber Mitteilungen gemacht hatte. Hier wie auch bei unserer Patientin handelt es sich um eine funktionelle Störung. Die Amnesie unserer Kranken ist nicht durch eine Vernichtung der Erinnerungsbilder bedingt, da dann die bis zu dem gegenwärtigen Grade eingetretene Restitution nicht möglich gewesen wäre. Es liegt vielmehr nur eine Unfähigkeit der Reproduktion von Erinnerungsbildern vor, und diese Unfähigkeit basiert vermutlich auf Hem-

[1]) *Th. Ribot*, Das Gedächtnis und seine Störungen.

[2]) *Konrad*: Über einen Fall von retrograder Amnesie. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Bd. 42, Heft. 3.

mungsvorstellungen, die besonders intensiv sind für alles, was mit der für Patientin so peinlichen Schwangerschaft zusammenhängt. So wäre es zu erklären, daß Patientin auch in der Hypnose nicht mehr darüber äußert als im Wachzustande. Vielleicht hätte die Amnesie dadurch günstig beeinflußt werden können, daß die hypnotische Behandlung in der Weise vorgenommen wurde, wie es *Forel* [1]) in dem Falle „N“ gezeigt hatt, doch ließ sich diese hier aus vielfachen Gründen nicht durchführen. Im nächsten Jahre beabsichtigt unsere ehemalige Patientin für einige Zeit nach Stralsund, wo sie zuletzt 16 Jahre lang gewohnt hat, zurückzukehren; vielleicht gelingt es ihr dort, auch die Zeitperiode, an die sie bis heute noch keine Erinnerung hat, wieder in das Gedächtnis zurückzurufen.

---

[1]) *Forel*: Der Hypnotismus und die suggestive Therapie. Stuttgart 1902, S. 191 ff.

Merkfähigkeit Gesunder und Geistes-
nker mit einfachen Zahlen[1]).

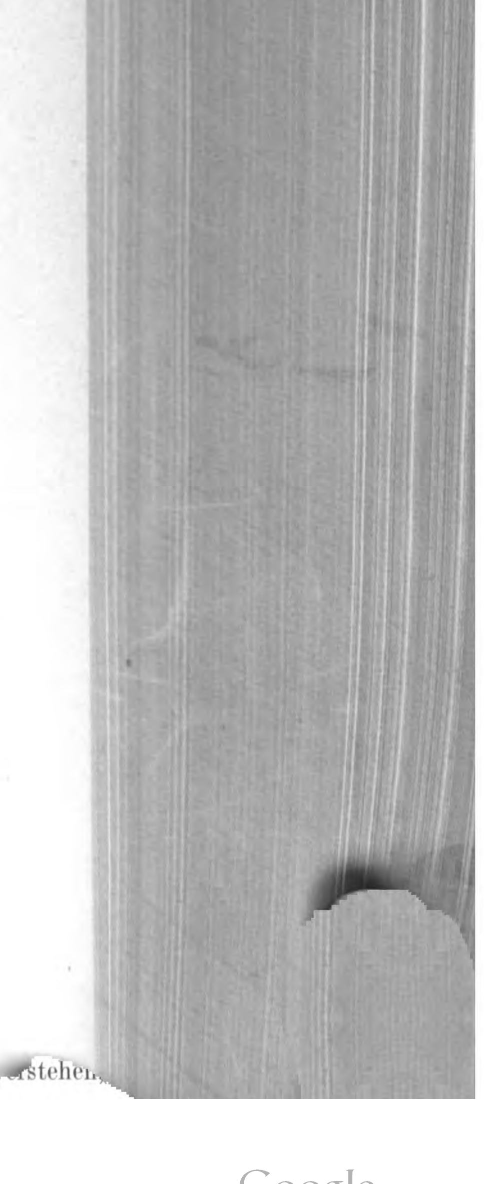
Von

Vieregge, Assistenzarzt der Irrenanstalt Buch.

ung experimentell-psychologischer Untersuchungs-
Psychiatrie ermöglicht ohne Zweifel eine exaktere
ser psychischer Störungen als die einfach beschrei-
gewöhnlichen klinischen Krankengeschichte.

nische Merkfähigkeitsprüfung nun
ch-verwendbare" Untersuchungs-
dem bisher mehr theoretisch-wichtigen Gebiete
n Gedächtnisforschung auszusondern, ihre Re-
n an Gesunden festzustellen und ihre
it schließlich an Geisteskranken zu er-
ufgabe vorliegender Arbeit.

aftliche Abgrenzung des Begriffes der
t von den vielfachen und komplizierten Er-
es Gedächtnisses war ein Verdienst *Karl Wernickes*:
ormaler Aufmerksamkeit bildet auch die Voraus-
rbung neuer Erinnerungsbilder und Vorstellungen.
igenschaft des Bewußtseinsorganes künftighin als
hnen und verstehen darunter etwas, was in dem
wöhnlichen Sprachgebrauchs mit enthalten ist.
ßverständnisse in dieser Beziehung zu vermeiden,
or, künftighin von Gedächtnis nur in dem Sinne
den alterworbenen Besitzstand an Vorstellungen
vir unter Merkfähigkeit die Fähigkeit verstehen,
ächtnis einzuprägen."



rstehen

Bd., S. 130.

Offenbar war die Veranlassung zu dieser Abgrenzung mehr die klinische Beobachtung als die psychologische Analyse. Jedenfalls fand sie aber Anklang; in der 4. Auflage seines Lehrbuches sagt *Kraepelin* [2]:

„Die Betrachtung der Gedächtnisstörungen hat zwei verschiedene Leistungen auseinanderzuhalten, die unabhängig voneinander beeinträchtigt sein können. Die erste derselben ist die von *Wernicke* so bezeichnete Merkfähigkeit, die Einprägung und das Festhalten bestimmten, neu dargebotenen Erfahrungsstoffes."

Ziehen [3] gibt unter den Störungen der Vorstellungsbildung an:

„Der Defekt im Erwerb unmittelbarer Erinnerungsbilder wird auch als Defekt der Merkfähigkeit (Merkdefekt) bezeichnet."

Auch *Wundt* [4] referiert in der letzten Auflage seiner „Grundzüge" über die Versuche zur Prüfung der „Auffassungsfähigkeit" und „Merkfähigkeit" bei pathologischen Zuständen, und *Kraepelin* [5] gibt in seinem Aufsatze: „Über die Merkfähigkeit" einen kurzen Überblick über die experimentelle Bearbeitung der Frage.

Was nun die Prüfung der Merkfähigkeit betrifft, so galt als eine handliche Methode für diese von jeher den Klinikern die Aufgabe, eine vorgesprochene Zahl wiederzugeben.

So äußert sich z. B. *Wernicke* [1] über die Merkfähigkeitsprüfung:

„Diese Fähigkeit können wir dadurch prüfen, daß wir dem Kranken die Aufgabe stellen, sich eine mehrstellige Zahl, ein fremdklingendes Wort u. dergl. zu behalten."

Ziehen [3] empfiehlt:

„Wie lange wird z. B. eine 3—5stellige Zahl behalten? Wieviele Ziffern oder Buchstaben, welche man dem Kranken langsam vorspricht, z. B. 6 Ziffern in 5 Sekunden, vermag der Kranke korrekt nachzusprechen? Findet er eine ihm gezeigte Farbe aus einer Farbenskala wieder heraus? Wie lange Zeit braucht er, um sich die Namen seiner Mitkranken einzuprägen? Wie wird eine kurze Geschichte nach einmaligem Vorlesen reproduziert?"

Zur experimentellen Prüfung der Merkfähigkeit und zur weiteren psychologischen Analyse hat *Kraepelin* [6] die üblichen Methoden der Prüfung des Gedächtnisses in mehr oder weniger modifizierter Weise

angewandt. In den Arbeiten aus seinem Laboratorium wurden eingehendere Versuche besonders mit dem von *J. Finzi* konstruierten Apparat angestellt. Da hiermit eine kurze Zeit der Exposition des neuen Reizes möglich war, gestatteten die Resultate insbesondere auch Schlüsse über die Beteiligung des Auffassungsvorganges an den Äußerungen der Merkfähigkeit.

Bonhoeffer [7] empfahl zur Prüfung der Merkfähigkeit ein einfacheres und daher zur Untersuchung Geisteskranker brauchbareres Verfahren, das sich durchaus dem von *Wernicke* empfohlenen anschließt: dem Kranken wurde die Aufgabe gestellt, mehrstellige Zahlen, Silbenzusammenstellungen, unbekannte Wörter nach einer bestimmten Zeit zu wiederholen, aus einer Anzahl vorgelegter Bilder ein bestimmtes wiederzuerkennen.

Noch in zahlreichen weiteren, an Gesunden (auch Schulkindern) und Kranken angestellten Untersuchungen über Gedächtnis und Merkfähigkeit begegnet uns stets die Zahl wieder als bevorzugter Gedächtnisreiz, z. B. in denen von *Ranschburg* [8], *Schneider* [9], *Diehl* [10], *Goldstein* [11], *Netschajeff* [12] und *Marx Lobsien* [13].

Aber wohl beeinflußt durch die von *Ebbinghaus* [14] eingeführte und den meisten Experimentatoren wie *Müller* und *Schuhmann* [15], *Müller* und *Pilzecker* [16], *Ranschburg* [17] usf. übernommene Methode — behufs Ausschaltung der auf assoziativen Momenten beruhenden Fehlerquellen — sinnlose Silbenreihen statt der sinnvollen (wie Sprüchen, Gedichten) bei Gedächtnisprüfungen zu verwerten, werden heute vielfach auch bei einfachen Merkfähigkeitsprüfungen statt Zahlen entsprechende Ziffernreihen benutzt, d. h. statt einer 6stelligen Zahl z. B. die betreffenden 6 Ziffern einfach hintereinander vorgesprochen.

Jedoch *Ebbinghaus* selbst hat die assoziative Wirksamkeit der sinnvollen Silbenreihen nicht besonders hoch angeschlagen, vielmehr ließen ihn bei der Wahl der sinnlosen Silbenreihen zwei andersgeartete Vorzüge ausschlaggebend sein, einmal „die unerschöpfliche Fülle neuer gleichgearteter Kombinationen“ und ferner die „ungleich bequemere quantitative Variierung der Reize“.

In ihnen war übrigens auch der Grund gelegen, weshalb *Ebbinghaus* von zunächst benutzten Zahlen und Ziffern für seine größeren Untersuchungen überhaupt Abstand nahm, nämlich ihre so „geringe

Anzahl variierbarer Grundelemente". Beide Vorzüge aber, so wesentlich sie für „derartige, großangelegte, allgemein-psychologische Ziele verfolgende Laboratoriumsversuche" auch sein mögen, verlieren ihre Bedeutung dort, wo es sich um den „beschränkten klinischen Zweck der Aufklärung des individuellen psychischen Verhaltens" handelt.

Im Gegenteil sprechen bei Voranstellung praktisch-klinischer Rücksichten — das sind: für den Untersucher handliche und stets bereite, für den zu Untersuchenden gewohnte und ungekünstelte Versuchsbedingungen — auch einige positive Vorzüge für die Wahl von Zahlen.

Gegenüber den Silbenreihen bietet das Zahlenmaterial dem Praktiker den Vorzug, daß es — als akustischer Reiz gegeben und also an keinerlei Apparate oder dergleichen gebunden — in einfachster Weise verwertbar, zu jeder Zeit verfügbar, und vornehmlich an allen Orten, in Klinik und Poliklinik, am Krankenbett und Dauerbad anwendbar ist.

Vor der Ziffernreihe gewährt die Zahl rücksichtlich der Versuchsperson den Vorteil, daß sie als ungezwungener, alltäglich dem Gedächtnisse sich darbietender Reiz keiner eingehenderen Aufklärung über die Versuchsanordnung bedarf und an das Verständnis keine besonderen Ansprüche stellt.

Diese Erwägung führt uns zu einem weiteren sachlichen Einwand, der wohl am bedeutungsvollsten gegen Ziffernreihen spricht und gleichfalls in der Ungewohntheit dieser als Gedächtnisreize begründet ist, nämlich der mit ihnen unvermeidbar verknüpften Störung der Resultate durch die bekannten Übungserscheinungen; diese beeinträchtigen ja gerade kurze Versuchsreihen durch ihr Auftreten bereits in den ersten Einzelversuchen besonders stark, während sie bei gewohntem Reize, wie der Zahl, sich bis über das Ende solch kurzer Versuchsreihen hinausschieben, also wohl gänzlich vermeiden lassen.

Überdies hat sorgfältige Selbstbeobachtung gelehrt und die Mehrzahl der sogenannten Zahlengedächtniskünstler bestätigt, daß — ähnlich wie sinnlose Silben nach *Ebbinghaus* in einem gewissen Rhythmus — auch einfach hintereinander gestellte Ziffern doch in einzelnen Gruppen gemerkt zu werden pflegen.

Aus diesen Gründen allen wurde für die folgenden Untersuchungen also als Reiz die Zahl gewählt und als Wirkungsgebiet das akustische.

Zur Erzielung vergleichbarer Resultate war es notwendig, eine bestimmte, einheitliche Methode anzuwenden.

Vorversuche und die Ergebnisse der experimentellen Forschung auf dem Gebiete des Gedächtnisses ließen folgende

Versuchsanordnung

als die geeignetste erscheinen:

Die Einzeluntersuchung einer jeden Versuchsperson setzt sich zusammen aus drei Versuchsreihen:

A. Sofortige Reproduktion vorgesprochener Zahlen (d. i. also im wesentlichen Prüfung der Auffassungsfähigkeit),

B. Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung (d. i. ohne Ableitung der Aufmerksamkeit nach der Auffassung),

C. Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung (durch Zählen am Metronom oder einfache Unterhaltung während der 1 Minute).

Ein weiterer Teilversuch mit längerem Intervall als 1 Minute erübrigt sich bei Merkfähigkeitsprüfungen, nachdem *Wundt* [18] festgestellt hat: „daß unmittelbar nach dem Eindruck die Reproduktion desselben verhältnismäßig ungenau ist, daß sie aber sehr bald (bei Tönen meist schon nach 2 Sekunden, bei einfachen Gesichtsobjekten nach einer nur wenig größeren Zeit) auf ihr Maximum ansteigt, um dann allmählich mit abnehmender Geschwindigkeit zu sinken und endlich (bei etwa 60 Sekunden) ein Minimum zu erreichen, auf dem sie während langer Zeit annähernd konstant bleibt".

Zu einer genaueren Bestimmung der Zahlenreize wurde die Zeit festgelegt, welche notwendig war, um 12 stellige, 9 stellige, 6 stellige und 3 stellige Zahlen deutlich und klar verständlich vorzulesen; sie betrug: für 12 stellige Zahlen durchschnittlich 10,5 Sek.

„ 9 „ „ „ 7,5 „
„ 6 „ „ „ 4,5 „
„ 3 „ „ „ 1,7 „

Diese Zeiten wurden im Verlaufe der Versuche nach Möglichkeit eingehalten; Zahlen mit einer dazwischen liegenden Ziffernzahl (11, 10, 8 usf.) wurden entsprechend langsamer oder schneller angegeben.

Bei der Auswahl der Zahlen wurden mnemotechnisch verwertbare Zahlengruppen — 111 ; 234 — und Ziffern — 0 ; 3 u. 7 als einstellige Zahlen — vermieden, um assoziative Hilfen, meist auf Gewohnheitsphänomene zurückzuführen und völkerpsychologisch zu erklären — 3 u. 7 heilige Zahlen usw. —, nach Möglichkeit auszuschalten. Als Ausgangspunkt diente eine 12 stellige Zahl, deren Ziffern und Zifferngruppen 20 mal variiert wurden. So kam zur Auswahl des Reizes folgende Zahlentabelle zur Verwendung:

Gruppe.	I.			II.			III.			IV.		
Ziffer	a.	b.	c.	a.	b.	c.	a.	b.	c.	a.	b.	c.
Nr. 1	9	6	5	2	3	8	7	4	1	9	3	8
2	2	5	6	9	8	3	5	4	2	1	7	6
3	3	8	7	4	1	9	6	5	2	3	9	5
4	5	6	2	8	3	5	4	2	1	7	6	9
5	4	1	9	6	5	2	3	9	7	5	8	6
6	6	2	8	3	5	4	2	1	7	6	9	5
7	6	5	2	5	9	7	3	8	6	4	1	9
8	2	8	3	5	4	2	1	7	9	6	5	2
9	7	4	1	9	6	5	2	3	9	5	3	8
10	8	3	5	4	2	7	1	9	6	5	2	4
11	5	9	3	2	5	6	9	1	4	7	8	5
12	6	5	3	7	2	5	3	8	2	3	4	9
13	8	1	5	9	3	2	5	6	9	1	4	6
14	5	3	7	6	5	2	8	2	3	9	4	2
15	2	3	8	7	4	1	4	3	7	9	6	5
16	3	7	6	2	4	5	7	9	1	3	6	8
17	9	1	4	6	8	3	7	9	5	2	5	6
18	4	5	9	1	8	9	6	7	2	7	8	2
19	6	1	3	7	9	6	2	5	8	9	2	4
20	7	4	8	9	2	6	4	7	2	2	9	5

Für die Folge sollen der Kürze halber die obigem Zahlensystem entnommenen Reizzahlen einfach durch die Stellung ihrer ersten Ziffer im System bezeichnet werden: so die der 7. Reihe entnommene

Reizzahl 52 597 386 419 mit „7. I. b.“ oder die der 19. Reihe entnommene Reizzahl 8 924 mit „19. III. c.“

Beim Vorsprechen der Reizzahlen wurde ein die Ziffern miteinander verbindendes „u n d“ (z. B. zwei und fünfzig Milliarden, fünf hundert u n d sieben und neunzig Millionen, dreihundert u n d - sechs und achtzig Tausend, vierhundert und neunzehn) vermieden, wo es sich um eine Verbindung der Hunderter mit den Zehnern und Einern in den Tausender, den Millionen und den Milliardengruppen handelte, dagegen mitgesprochen bei allen Verbindungen von Einern und Zehnern sowie in der letzten Gruppe, der Hundertergruppe, auch zwischen Hunderten und Einern sowie Zehnern, also z. B. die Reizzahl 5. III. a.: Drei hundert sieben und neunzig Tausend fünfhundert und sechs und achtzig.

B e i d e r 1. V e r s u c h s r e i h e nun, der sofortigen Reproduktion, wurde individualisierend zunächst eine so hochstellige Zahl vorgesprochen, wie sie voraussichtlich von der Versuchsperson nicht richtig reproduziert werden konnte. Dann wurden beim Fortschreiten von solch höheren, falsch reproduzierten zu niedrigeren Zahlen jeweils zuerst die Milliarden-, die Millionen-, dann die Tausender-, und zuletzt eventuell noch die Hunderter- und Zehnerstellen in entsprechender Weise fortgelassen. Das I n t e r v a l l zwischen Ende des Vorsprechens und Beginn der Reproduktion wurde nach dem Sekundenzeiger der Taschenuhr bestimmt und im Protokoll unter Pause eingetragen.

Die Anzahl der Einzelversuche wurde eingeschränkt, um die W i r k u n g d e r Ü b u n g auf ein möglichst geringes Maß zurückzuführen. Deshalb wurde als R e s u l t a t in der Regel diejenige Ziffernzahl angenommen, die mindestens zweimal — wenn möglich hintereinander — bei etwa 5—10 Versuchen im ganzen richtig reproduziert wurde. Meist trat bei Normalpersonen in diesen Fällen das Gefühl der Sicherheit auf.

War so durch diese erste Versuchsreihe die Anzahl der Ziffern festgestellt, die als Zahl sofort richtig nachgesprochen werden konnten, so wurde in einer z w e i t e n V e r s u c h s r e i h e zunächst eine Zahl mit gleichviel oder annähernd gleichviel Ziffern als neuer Reiz aufgegeben; die Versuchsperson hatte dann die Aufgabe, sich völlig ruhig zu verhalten, nach 1 Minute dann, die vom Versuchsleiter von

der Taschenuhr abgelesen und durch ein „Bitte“ begrenzt wurde, die Zahl zu reproduzieren; gelang ihr dieses nicht richtig, so wurde als neuer Reiz eine Zahl gegeben, die eine Ziffernstelle weniger enthielt usw. Gelang es jedoch, so gab der Versuchsleiter die nächst höhere Ziffernzahl an. Das Resultat wurde in derselben Weise festgestellt wie in der vorigen Versuchsreihe.

In der dritten Versuchsreihe wurde die Versuchsperson während der Pause von 1 Minute abgelenkt oder besser zerstreut (Ablenkung ist als Terminus für die Ableitung der Aufmerksamkeit während der Reizeinwirkung festgelegt). Bei einigen normalen Versuchspersonen mit genügend zuverlässiger Selbstbeobachtung geschah dies in der Weise, daß sie nach Angabe des Reizes sogleich aus einem sie interessierenden Buche möglichst viel und mit möglichstem Verständnisse zu lesen begannen. Tauchte während dieser Zeit die angegebene Zahl in ihrem Gedächtnisse auf, so wurde dies für das Versuchsprotokoll angegeben und das Resultat dieses Einzelversuchs als unbrauchbar nicht verwandt.

Um an Stelle der natürlich nur sehr beschränkt brauchbaren Zerstreuung mit Selbstbeobachtung nach obiger Art ein zuverlässigeres, dabei meß- und vergleichbares Mittel der Zerstreuung zu setzen, wurde bei allen anderen Versuchen den Versuchspersonen aufgegeben, nach einem Metronom, das auf etwa 96 Schläge in der Minute eingestellt war, von 99 an rückwärts zu zählen. Insonderheit kranke Versuchspersonen waren öfter auch hierfür nicht genügend zu konzentrieren, für sie trat an Stelle des Zählens die einfache Unterhaltung.

Auch hier wurde das Resultat nach Art der früheren Versuchsreihen festgestellt.

Das Gesamtresultat stellte sich dann in Form einer 3stelligen Zahl dar, bei der die Hunderterstelle die Anzahl der Ziffern angibt, welche sofort nachgesprochen, die Zehnerstelle diejenige, welche nach 1 Minute ohne Zerstreuung, die Einerstelle diejenige, welche nach 1 Minute mit Zerstreuung richtig reproduziert wurde; z. B.:

Vp. I. M 1. = 884

bedeutet, daß die männliche Versuchsperson 1 der I. Gruppe von Versuchspersonen eine 8stellige Zahl sogleich nachzusprechen, eine

gleichfalls 8 stellige Zahl nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung und eine nur 4 stellige Zahl nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung richtig zu reproduzieren vermochte.

Reizzahl:	Pause:	reproduzirte Zahl:				Beobachtungen:	
A.	**Sofort reproduzirt!**						
1. I. a.	4″	9 6 5	———	———	———		
2. I. c.	3″	6	8 7 5	———	———		
3. II. b.	„		1 9	6 3 5	9 6 5	†	stockend
4. II. c.	„		5	4 2 1	9 6 7	!	zögernd
5. III. a.	„			3 9 7	5 8 6		„sicher richtig"
6. III. a.	2″			2 1 7	6 9 5		„
7. III. a.	3″			3 8 6	4 1 9		
8. II. c.	„		2	1 7 5	6 5 2	!	unsicher
B.	**nach 1 Min. Pause ohne Zerstreuung!**						
9. II. a.	1′		9 6 5	3 3 8	———	†	stockend
10. II. c.	„		7	1 9 6	5 2 4	A. A.=	Apperzeptiver Antrieb!
11. II. c.	„		6	7 1 4	7 8 5	†	bei IV. a. erst „9", dann richtig reproduzirt
13. III. a.	„			5 6 9	6 4 1	!	
14. III. a.	„			8 2 2	9 4 3	!	
15. III. b.	„			3 7	9 6 5		sicher
16. III. b.	„			9 1	3 6 8		„
17. III. b.	„			9 5	6 5 2	!	
18. III. b.	„			7 2	7 8 2		
C.	**nach 1 Min. Pause mit Zerstreuung!**						
19. II c.	1′		6	8 5 2	———	!	ganz unsicher
20. III. a.	„			4 7 2	9 9 5	†	sicherer
6. III. b.	„			1 7	6 9 5	A. A.	erst bei IV. a. „8", dann gleich richtig gestellt
10. III. b.	„			9 4	7 2 3		sehr stockend
12. III. c.	„			2	5 4 9		
14. IV. a.	„				9 4 2		prompt
18. III. c.	„			2	9 8 6	†††	zögernd
16. IV. a.	„				3 6 8		prompt
20. IV. a.	„				2 9 5		„

Vp: II. M 2 = 653

Weitere Einzelheiten sowie die soeben besprochene allgemeine Anordnung der Versuchsteile veranschaulicht das auf der vorigen Seite gebrachte Versuchsprotokoll einer, in der dritten Versuchsreihe durch Zählen am Metronom zerstreuten Normalperson (II. M. 2.).

Der Versuch setzt sich also aus den erwähnten drei Versuchsreihen A, B und C zusammen; die erste Längsspalte enthält die Bezeichnung der unserem Zahlensystem entnommenen Reizzahlen; in die zweite Längsspalte sind die Intervallzeiten (vom Schluß des Vorsprechens seitens des Versuchsleiters bis zum Beginn der Reproduktion seitens der Versuchsperson) eingetragen; da diese Zeitmaße nur mittels Ablesen vom Sekundenzeiger einer Taschenuhr bestimmt wurden, so dürfen diejenigen der Versuchsreihe A, welche sich immer nur auf wenige Sekunden belaufen, kaum höher als „schätzungsweise" bewertet werden; die Ergebnisse dieser letzteren sollen daher am Schlusse der Arbeit nur angedeutet werden.

Die weiteren vier Längsspalten enthalten die von der Versuchsperson reproduzierten Zahlen, der Übersichtlichkeit wegen getrennt in die durch ihren natürlichen Aufbau bedingten Gruppen der Milliarden, Millionen usf. Falsch reproduzierte Ziffern sind bezeichnet durch Unterstreichen, nicht reproduzierte, „vergessene" Ziffern oder Zifferngruppen sind markiert durch einen entsprechend langen, wagerechten Strich mit — der Anzahl der ausgefallenen Ziffern entsprechend vielen — Unterstrichen.

Die folgende, letzte Längsspalte dient der Aufzeichnung von Beobachtungen und zwar objektiven, z. B. in Gestalt von kurzen Signaturen (+, ! usw.) zur Bezeichnung der Qualität begangener Fehler, oder auch subjektiven, wie den Selbstbeobachtungen der dazu erwählten Versuchspersonen u. a. m. Das Resultat des ganzen Versuchs ist schließlich rechts unten beigefügt.

Die Versuche:

Die gesamten Versuche werden in den folgenden größeren Abschnitten besprochen werden:

I. Die Versuche mit Selbstbeobachtung (an gebildeten Versuchspersonen).

II. Die Versuche an den Normalpersonen (ungebildeten Versuchspersonen).

III. Die Versuche an den Geisteskranken.

I. Die Versuche mit Selbstbeobachtung.

Diese Versuche dienten in erster Linie der allgemeinen Orientierung; aus ihren Resultaten wurden dann die wesentlichsten Schlüsse bezüglich der künftigen Versuchsanordnung gezogen. Sie sind daher nicht ganz streng nach dem im vorigen Abschnitt aufgestellten Versuchsschema durchgeführt; so geschah bei ihnen, um die Selbstbeobachtung nicht zu stark zu beeinträchtigen, die Zerstreuung in der dritten Versuchsreihe, wie erwähnt, durch einfache Lektüre. Die besondere Aufgabe nun, während der Zeit des Lesens die Zahl nicht im Gedächtnisse auftauchen zu lassen, war nicht immer leicht zu erfüllen, gelang aber meist beim zweiten bis dritten Versuche.

Überhaupt waren diese Versuchspersonen vorher über ihre Aufgabe nach Möglichkeit genau unterrichtet, auch bezüglich der psychologischen Analyse der dabei in Betracht kommenden Vorgänge.

Die komplizierte Beschaffenheit dieser Gedächtnisphänomene brachte es jedoch mit sich, daß nur wenige Einzelheiten, diese aber mit der möglichsten Präzision in den Vordergrund gerückt wurden. Die Versuchspersonen achteten zunächst auf die Art der Einprägung und Wiedergabe der Reize, z. B. ob sie sich dabei der visuellen oder der akustisch-motorischen Methode bedienten. Sodann ob sie die vorgesprochene Zahl in Form von einzelnen Ziffern, Zahlengruppen oder dergl. sich merkten. Ferner auch auf die Äußerungen des sogenannten Sicherheitsgefühls und die Anwendung assoziativer Hilfen.

Es ergab sich nun aus den solcherweise an 5 den gebildeten Ständen angehörenden Herren (in der Mehrzahl Kollegen) und an 5 Damen angestellten Versuchen folgendes bezüglich jener allgemein-psychologischen Gesichtspunkte.

Die Reproduktionsweise war, wie sich in diesen zehn Protokollen gebildeter Normalpersonen dartut, vorwiegend visuell, wurde aber öfter mit akustisch-motorischen Momenten vermischt. Die Ziffern wurden allgemein in Form der gegebenen Gruppen

gemerkt; die Bezeichnung Milliarden, Millionen usf. wurde zumeist schon bei der Auffassung unberücksichtigt gelassen und erst bei der Reproduktion wieder ergänzt.

Die Anwendung sogenannter assoziativer Hilfen trat verhältnismäßig sehr in den Hintergrund; nur bei der Versuchsperson I. M 5 wurde einmal bei der Zahl 368 als Hifsassoziation „338 Schlacht bei Chaeronea" angegeben; ein anderes Mal diente als Merkhilfe der Umstand, daß „39 und 42 nur um 3 verschieden" wären.

Diese Erscheinung ist wohl zunächst darauf zurückzuführen, daß schon bei der Auswahl der Zahlen auf Vermeidung solcher Hilfen Wert gelegt wurde, dann aber auch darauf, daß ein eigentliches Einarbeiten mit seinen Übungserscheinungen bei der im allgemeinen nur geringen Anzahl von Einzelversuchen nicht erfolgte. Auch Ermüdungserscheinungen wurden nur ganz ausnahmsweise (I. F 2.) beobachtet, so daß sie einer besonderen Beachtung nicht bedürfen.

Für die richtige oder falsche Wiedergabe der Zahlen zeigte sich auch ein eigentümliches Gefühl, das man treffend das Sicherheitsgefühl nennt; bei größeren als den richtig wiedergegebenen Zahlen umfaßte dieses Gefühl meist nur einige Gruppen, täuschte aber nicht selten. Die Wiedergabe der richtigen Zahlen dagegen war fast stets mit einem überzeugenden Sicherheitsgefühl verbunden, so daß beinahe unwillkürlich Versuchsperson hinzufügte: „das ist bestimmt richtig".

Was nun die ziffernmäßigen Resultate unserer 10 gebildeten Versuchspersonen betrifft, so sind dieselben auf folgender Seite in einer Tabelle zusammengefaßt, welche

I. die Einzelleistungen in den drei Versuchsreihen A, B und C gesondert nach dem Geschlecht enthält;

II. die Durchschnittszahlen hiervon;

III. die Grenzleistungen beider Geschlechter gesondert, d. h. die Höchstzahl und die Mindestzahl der Ziffern der Einzelleistungen jeden Geschlechts.

IV. Als Schlußresultat: sowohl den Gesamtdurchschnitt der Einzelleistungen beider Geschlechter als auch den Gesamtumfang der Grenzleistungen beider Geschlechter zusammen, aber getrennt für die drei Versuchsreihen.

Es ergab sich demnach, daß bei der sofortigen Reproduktion der vorgesprochenen Zahl, Versuchsreihe A, Männer sogenann-

ter höherer Bildung durchschnittlich 7,4 stellige Zahlen und Frauen gleicher Bildungsstufe durchschnittlich 6,6 stellige Zahlen richtig nachzusprechen vermochten; der Umfang der Stellenanzahl ersterer wurde begrenzt durch die Zahlen 8—6, letzterer durch die Zahlen 7—6.

Bei der Versuchsreihe B, der Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung, stellte sich nun eine kleine Erhöhung der Leistungsfähigkeit ein, und zwar bei den Männern mit der Durchschnittszahl 7,8 (8—7) um 0,4, bei den Frauen mit der Durchschnittszahl 6,8 (7—6) um 0,2 Stellen. Bei ersteren äußert sich dies auch durch eine Erhöhung des unteren Wertes der Grenzleistungen, welch letztere übrigens fortab der Einfachheit halber hier im Text den entsprechenden Durchschnittszahlen der Einzelleistungen in Klammern hinzugefügt werden sollen. Wie diese — ja nicht bedeutende — Erhöhung der Merkfähigkeitsleistung beim B-Versuch zu erklären und ob ihr eine prinzipielle Bedeutung beizumessen ist, will Verfasser dahingestellt sein lassen; an sich ist die Beobachtung, daß zunächst falsch aufgefaßte und alsbald falsch wiedergegebene Reize bei späterer Prüfung richtig reproduziert, also spontan korrigiert wurden, nicht neu und z. B. von *Diehl*, allerdings für längere Intervallzeiten, mitgeteilt worden.

Die Versuchsreihe C, Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung, zeigte als Durchschnittsleistung der Männer eine 4,8 (6—4) stellige Zahl, der Frauen eine 4,0 (4—4) stellige Zahl, also eine Minderleistung von 2,6 resp. 2,6 Stellen im Vergleich zur ersten, und eine solche von 3,0 resp. 2,8 Stellen im Vergleich zur zweiten Versuchsreihe.

Gebildete Normalpersonen:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	8	8	4	F 1	7	7	4
	M 2	6	7	5	F 2	6	7	4
	M 3	7	8	6	F 3	7	7	4
	M 4	8	8	5	F 4	6	6	4
	M 5	8	8	4	F 5	7	7	4
II.	Durchschnitts	7,4	7,8	4,8	Leistungen:	6,6	6,8	4,0
III.	Grenz-	8—6	8—7	6—4	Leistungen:	7—6	7—6	4—4
IV.	M + F wie II.	7,0	7,3	4.4	M + F wie III.	8—6	8—6	6—4

Beim Vergleich der Geschlechter ergibt sich zuungunsten der Frauen also eine für alle drei Versuchsreihen ziemlich gleichbleibende, zwischen 0,8 und 1,0 Stellen schwankende Minderleistung.

Dieses Ergebnis, daß nämlich ein gebildeter Mensch unter den unseren Versuchen zugrunde liegenden, höchst einfachen Bedingungen nicht mehr als eine 7,0 resp. 7,3 resp. 4,4 stellige Zahl richtig zu reproduzieren, also sich zu „merken" vermag, bleibt offenbar hinter der vulgären Schätzung zurück. Ja sogar von Kollegen, welche selbst bei Intelligenzprüfungen Geisteskranker sich ähnlichen Zahlennachsprechenlassens zu bedienen pflegen, wurden „schätzungsweise" Angaben gemacht, die sich zumeist dem doppelten der obigen Resultate näherten.

Daß einseitige Begabungen hinsichtlich des Gedächtnisses und speziell des Zahlengedächtnisses sich finden, sogenannte Zahlenkünstler aller Abstufungen, muß natürlich berücksichtigt werden; so fand Verfasser im Laufe seiner Untersuchungen einen jungen Pfleger von gewöhnlicher Volksschulbildung, dessen „gutes Gedächtnis" bereits aufgefallen war, der beim C-Versuch z. B. noch 7 stellige Zahlen richtig reproduzierte, während kein anderer der untersuchten 20 Pfleger es über eine 3 stellige Zahl brachte; ferner einen jungen Idioten mit 8 und 7 stelligen Zahlen bei A und B, an welche ebenso und weniger tief verblödete Idioten natürlich nicht entfernt heranreichten. Derartige Sonderfälle müssen jedenfalls aus statistischen Berechnungen usw. ausgeschlossen bleiben, soweit sie als solche erkannt werden; gegen die nicht leicht erkennbaren Grenzfälle schützt man sich am besten, indem man bei Vergleichen verschiedener Gruppen immer die unteren Werte der Grenzleistungen heranzieht.

Ebenso liegt auf der Hand, daß Schul- und Berufsbildung fördernd[1]) auf das sogenannte Zahlengedächtnis einwirken;

---

[1]) Eine Steigerung der Merkfähigkeit für Zahlen in Hypnose konnte Verfasser an einer jungen Dame nachweisen, bei welcher die behauptete (geringe) Erhöhung der Leistungsfähigkeit auf fast allen Sinnesgebieten bereits von anderer Seite bestätigt gefunden war.

Diese Versuchsperson — nach Art der folgenden Gruppen (also in der 3. Versuchsreihe mit Zerstreuung durch Zählen am Metronom) in gleicher Weise außer und in Hypnose untersucht — ergab im normalen

ein 72 jähriger, recht verblödeter, senil dementer Volksschullehrer, welcher auch außerdienstlich sich viel mit der Rechenkunst beschäftigte, erreichte bei A und B noch eine 7 stellige Zahl, fiel dann allerdings beim C-Versuch auf eine 1 stellige ab.

Da nun diese Faktoren bei den sogenannten gebildeten Ständen eine gründlichere und ausgedehntere Beschäftigung mit Zählen und Rechnen bedingen, die Kranken unserer Anstalt aber fast ausnahmslos jenen Ständen nicht angehören, so waren die Ergebnisse obiger Versuchspersonen ein zum Vergleich von Höchst- und Mindestleistungen der letzteren nicht brauchbares Vergleichsmaterial.

Als solches zu gebrauchen waren gewiß die angestellten Pfleger und Pflegerinnen, die wohl ausschließlich den Bildungskreisen entstammen, aus denen die überwiegende Mehrzahl unserer Patienten sich rekrutiert. Daher wurden noch 20 Pfleger und 20 Pflegerinnen untersucht, bei ihnen aber auf die Selbstbeobachtung verzichtet, wodurch ein von diesen aufgenommenes Protokoll auch die gleiche Form annahm, wie bei den Geisteskranken.

II. Die Versuche an (ungebild.) Normalpersonen.

Die für unsere späteren Vergleiche mit den Kranken ausschließlich zu verwertenden Ergebnisse dieser Versuchspersonen bestehen bei:
Versuchsreihe A in: M = 6,1 (7—5) und F = 5,5 (6—5) stelliger Zahl
„ B in: M = 5,8 (7—5) und F = 5,1 (6—4) stelliger Zahl
„ C in: M = 2,5 (3—2) und F = 2,2 (3—2) stelliger Zahl

Das ist verglichen mit den gebildeten Normalpersonen:
bei A: M—1,3 und F—1,1 Stellen
bei B: M—2,0 und F—1,7 Stellen
bei C: M—2,3 und F—1,8 Stellen.

Bewußtseinszustand als Resultat 672, im hypnotischen Schlaf dagegen 984, also eine Steigerung der Merkfähigkeit um 3 resp. 1 resp. 2 Ziffernstellen in den drei Versuchsreihen.

Überdies zeigte sich hier in der Hypnose eine auffallende Abweichung im Ablauf der Reproduktion (auch der Auffassung?). Es wurde nämlich von der 3. Reizzahl in der 1. Versuchsreihe an bis zum letzten Einzelversuch durchgehend in folgender Gruppierung reproduziert: statt 54 217 695: Zweihundertsiebzehntausendsechshundertfünfundneunzig vierundfünfzig Millionen oder statt 7586: fünfhundertsechsundachtzig siebentausend.

Bei der sofortigen Reproduktion vermögen also die Ungebildeten nur Zahlen, die um reichlich 1 Ziffernstelle geringer sind als die der Gebildeten, richtig wiederzugeben.

Bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung ergeben sich im Gegensatze zu den Gebildeten, welche hier kleine Erhöhungen der Merkfähigkeit aufwiesen, kleine Verringerungen derselben bei beiden Geschlechtern und zwar um 0,3 resp. 0,4 Stellen; in den Grenzleistungen machen sich diese nur bei den Frauen durch Erniedrigung des unteren Wertes um 1 Stelle bemerkbar. Diese Minderleistung beim B-Versuch wiederholt sich, wie im voraus gesagt sei, bei allen Krankheitsgruppen.

Bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung erscheint die absolute Weniger-

Ungebildete Normalpersonen:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	7	7	3	F 1	5	4	2
	M 2	6	5	3	F 2	6	5	2
	M 3	6	5	2	F 3	6	6	3
	M 4	7	7	2	F 4	6	6	2
	M 5	7	6	2	F 5	5	5	2
	M 6	6	5	2	F 6	5	5	2
	M 7	5	6	3	F 7	5	6	2
	M 8	5	5	2	F 8	6	5	3
	M 9	6	6	3	F 9	6	5	2
	M 10	6	6	2	F 10	5	4	2
	M 11	6	6	2	F 11	6	6	3
	M 12	6	6	3	F 12	5	5	2
	M 13	6	7	3	F 13	6	5	2
	M 14	5	5	2	F 14	5	5	2
	M 15	6	5	2	F 15	6	5	2
	M 16	5	5	2	F 16	5	5	2
	M 17	7	6	2	F 17	5	5	2
	M 18	7	6	3	F 18	6	5	2
	M 19	7	6	3	F 19	6	5	2
	M 20	6	6	3	F 20	5	5	2
II.	Durchschnitts	6,1	5,8	2,5	Leistungen:	5,5	5,1	2,2
III.	Grenz-	7—5	7—5	3—2	Leistungen:	6—5	6—4	3—2
IV.	M + F wie II.	5,8	5,5	2,3	M + F wie III.	7—5	7—4	3—2

leistung im Vergleich zu den Gebildeten recht groß; sie vergrößert sich noch, wenn man die relativen, die Unterschiedswerte zwischen C-Versuch und A-Versuch vergleicht, die bei den Gebildeten —2,6 resp. —2,6 betragen, bei den Ungebildeten jedoch —3,6 resp. —3,3. Dieser um rund ein Drittel größere relative Abfall der Leistungsfähigkeit Ungebildeter erklärt sich jedoch einfach aus der Verschiedenheit der Versuchsanordnung des C-Versuchs bei beiden Gruppen, indem bei jener I. als Zerstreuungsmittel einfache Lektüre, bei dieser II. hingegen Rückwärtszählen am Metronom gewählt wurde; das letztere erwies sich bei fast allen Versuchspersonen als ein vollkommenes Zerstreuungsmittel, wie ja stets die Ablenkung durch gleichgeartete Reize, hier wie dort Zahlen, die wirksamste zu sein pflegt. Daher würde bei gleicher Versuchsanordnung des C-Versuchs bei den Gebildeten sicher eine Verringerung der Leistungsfähigkeit zutage treten, welche nach Stichproben auf mindestens 1,0 Stelle zu bemessen ist.

Im übrigen wurden von den intelligenteren ungebildeten Normalpersonen die bei den gebildeten geschilderten Erfahrungen über Art der Einprägung und Reproduktion, Sicherheitsgefühl usw. im wesentlichen bestätigt.

Die Versuche an Geisteskranken.

Waren somit die Resultate unserer Methode der Merkfähigkeitsprüfung mit einfachen Zahlen durch eine genügend große Anzahl von Untersuchungen (50) an Normalpersonen festgelegt, so war das Ziel der nun folgenden Versuche an Geisteskranken, die diagnostische Brauchbarkeit der Methode zu erweisen.

Differenzial-diagnostische Gesichtspunkte traten demgegenüber vorerst in den Hintergrund; die Frage würde demnach einfach folgendermaßen zu stellen sein: gelingt es mit besagter Methode der Merkfähigkeitsprüfung bei Geisteskranken andere Resultate zu erzielen als bei Gesunden?

Die Versuchspersonen wurden so gewählt, daß sich die Art ihrer Erkrankung und das derzeitige Zustandsbild verhältnismäßig übereinstimmend aufgestellten Krankheitsbildern einfügte.

Die Dementia paralytica progressiva, die Dementia senilis und die Idiotie genügten in bereits lange

bestehenden Fällen und bei genügendem Fortschritt der Krankheit am ehesten diesen Anforderungen; dabei wurden Fälle, die den Verdacht herdförmiger syphilitischer oder arteriosklerotischer Veränderungen zuließen, ausgeschaltet.

Von der Dementia praecox wurden alte abgeklungene Fälle gewählt, die einen Zweifel an dem dementen Zustande des Kranken nicht mehr zuließen.

Von erregten Patienten wurden Maniaci ausersehen; der Verlauf ihrer Krankheit ließ nach den oft zahlreich sich wiederholenden Ausbrüchen den Charakter des periodischen Irreseins im *Kraepelin*schen Sinne genügend erkennen.

Natürlich durfte der Grad der Verblödung oder der Erregung nicht das Maß überschreiten, das eine genügende Fixierung des Kranken von vornherein ausschloß.

Von jeder dieser erwähnten fünf Gruppen: Dementia paralytica, Dementia senilis, Idiotie, Dementia praecox und Manie wurden je 5 Männer und 5 Frauen untersucht. Die Ergebnisse der Versuche an diesen 50 Geisteskranken werden im folgenden in den entsprechenden fünf Krankheitsgruppen gebracht unter Fortlauf der den Normalpersonengruppen beigefügten römischen Nummern.

III. Die Dementia paralytica progressiva.

Bei diesen, an erster Stelle untersuchten Kranken drückt sich die erwartete Verminderung der Merkfähigkeitsleistungen gegenüber den Normalpersonen — unter denen bei den folgenden Gegenüberstellungen aus erwähntem Grunde nur die ungebildeten, also Gruppe II, in Betracht kommen sollen — sogleich in den Ergebnissen der Versuchsreihe A — sofortige Reproduktion — aus: die Männer leisten im Durchschnitt eine 4,6 stellige Zahl, also —1,5 Stelle, die Frauen mit einer 3,0 stelligen Zahl —2,5 Stellen. Auch die Grenzleistungen stellen sich mit 5—4 resp. 4—2 entsprechend niedriger.

Die Versuchsreihe B zeigt nun eine noch weit erheblichere Minderleistung mit den Durchschnittszahlen: M = 2,4 (3—2) und F = 1,0 (1—1), also —3,4 resp. —4,1 Stellen; dieser enorme Abfall der Leistung beim B-Versuch,

im Vergleich zum A-Versuch —2,2 resp. —2,0 Ziffernstellen (beim Gesamtdurchschnitt um mehr als die Hälfte), muß jedoch als den Paralytikern typisch bezeichnet werden, denn er findet sich bei keiner der folgenden Gruppen auch nur annähernd so groß, sondern der nächstgrößte, bei den weiblichen Praecoxkranken, beträgt nur — 0,8.

In der Versuchsreihe C ergaben sich als Durchschnittszahlen: M = 0,4 (1—0) und F = 0,0 (0—0), d. h. von den Männern vermochte nicht einmal die Hälfte auch nur eine 1stellige Zahl richtig zu reproduzieren, von den Frauen sogar keine einzige; das bedeutet eine Herabsetzung der Merkfähigkeit um 2,1 resp. 2,2 Ziffernstellen gegen die II. Gruppe.

Noch in einer weiteren Beziehung zeigten die Paralytiker eine Besonderheit vor den übrigen, nämlich einen relativ großen Abstand der Frauenleistungen, bei A — 1,6, bei B — 1,4, hinter denen der Männer.

Dementia paralytica:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	4	2	1	F 1	3	1	0
	M 2	5	2	1	F 2	3	1	0
	M 3	5	3	0	F 3	4	1	0
	M 4	5	3	0	F 4	3	1	0
	M 5	4	2	0	F 5	2	1	0
II.	Durchschnitts	4,6	2,4	0,4	Leistungen:	3,0	1,0	0,0
III.	Grenz-	5—4	3—2	1—0	Leistungen:	4—2	1—1	0—0
IV.	M + F wie II.	3,8	1,7	0,2	M + F wie III.	5—2	3—1	1—0

IV. Die Dementia senilis.

Bezüglich der Versuchsreihe A erzielte diese Gruppe den Paralytikern fast gleiche Resultate: mit den Durchschnittszahlen M = 4,2 (5—3) und F = 3,0 (4—2), also eine Verminderung der Merkfähigkeitsleistungen um 1,9 resp. 2,5.

Bei Versuchsreihe B beträgt letztere mit den Durchschnittszahlen M = 3,8 (5—3) und F = 2,8 (4—2) aber nur 2,0 resp. 2,3; die Verringerung gegen den A-Versuch also, der bei den

Paralytikern 2,2 resp. 2,0 betrug, stellt sich hier nur auf 0,4 resp. 0,2 Ziffernstellen.

Auch bei der Versuchsreihe C zeigen die Senilen, trotz ihrer um 1,7 resp. 1,8 den Normalpersonen hintanstehenden Leistungen, noch deutlich bessere Resultate, + 0,4 bei beiden Geschlechtern, als die paralytische Gruppe.

Dementia senilis:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	4	4	1	F 1	3	3	0
	M 2	5	4	1	F 2	2	2	0
	M 3	4	3	0	F 3	4	4	1
	M 4	3	3	1	F 4	3	2	0
	M 5	5	5	1	F 5	3	3	1
II.	Durchschnitts	4,2	3,8	0,8	Leistungen:	3,2	2,8	0,4
III.	Grenz-	5—3	5—3	1—0	Leistungen:	4—2	4—2	1—0
IV.	M + F wie II.	3,7	3,3	0,6	M + F wie III.	5—2	5—2	1—0

V. Die Idiotie.

Die als dritte Gruppe unter den Kranken zur Untersuchung herangezogenen Idioten weisen insofern ein von sämtlichen anderen Versuchspersonen abweichendes Ergebnis auf, als die weibliche Leistungsfähigkeit, wenigstens in den beiden ersten Versuchsreihen, sich um ein weniges höher stellt als die männliche, um ebensoviel etwa höher, wie bei den anderen niedriger, nämlich um 0,6 bei A und 0,8 bei B; bei C ist sie gleich hoch. Offenbar ist diese Abweichung jedoch nicht von prinzipieller Bedeutung, sondern das Resultat äußerer Umstände, nämlich der Auswahl dieser Versuchspersonen, welche dem Versuchsleiter in nicht so reicher Zahl zur Verfügung standen, als daß sich von beiden Geschlechtern die gewünschte Anzahl gleichen Verblödungsgrades gefunden hätte, es zeigten vielmehr die vorhandenen und geeigneten männlichen Idioten sich im Durchschnitt schon äußerlich verblödeter als die weiblichen.

Im übrigen wies diese Gruppe der vorangegangenen fast gleiche Ergebnisse auf:

Bei der Versuchsreihe A eine Herabsetzung der normalen Merkfähigkeit um 3,1 resp. 1,9, also auf M = 3,0 und F = 3,6 stellige Zahlen, bei der Versuchsreihe B um 2,2 resp. 1,7 auf M = 2,6 und F = 3,4 stellige Zahlen und bei Versuchsreihe C um 1,7 resp. 1,4 Stellen auf M = 0,8 und F = 0,8 stellige Zahlen.

Die Ähnlichkeit erstreckt sich auch auf den Vergleich der Leistungshöhe der drei Versuchsreihen untereinander, also der sogenannten relativen oder der Unterschiedswerte; somit unterscheiden die Idioten sich ebenso wie die senil Dementen von den Paralytikern durch die annähernd gleiche Leistungsfähigkeit bei den beiden ersten Versuchsreihen; in der dritten Versuchsreihe ist letztere wieder um ein geringes, 0,2, heraufgesetzt.

Idiotie:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	3	3	2	F 1	4	5	1
	M 2	5	5	1	F 2	2	2	1
	M 3	2	2	0	F 3	4	5	1
	M 4	4	3	1	F 4	3	0	0
	M 5	1	0	0	F 5	5	5	1
II.	Durchschnitts	3,0	2.6	0,8	Leistungen:	3.6	3.4	0,8
III.	Grenz-	5—1	5—0	2—0	Leistungen:	5—2	5—0	1—0
IV.	M + F wie II.	3,3	3,0	0,8	M + F wie III.	5—1	5—0	2—0

VI. Die Dementia praecox.

Diese Versuchspersonen — wie erwähnt, wurden nur diagnostisch zweifelsfreie und dem allseitig anerkannten Krankheitsbilde entsprechende Fälle und zwar möglichst im Endzustande deutlicher Verblödung gewählt — erwiesen sich, wie nicht anders zu erwarten, gleichfalls in allen drei Versuchsreihen als minder leistungsfähig wie unsere Normalpersonen:

Bei Versuchsreihe A:

M = 5,2 (6—4), also — 0,9, und F = 4,8 (5—4), also — 0,7.

Bei Versuchsreihe B:

M = 4,8 (5—4), also — 1,0, und F = 4,0 (5—3), also — 1,1.

Bei Versuchsreihe C:

M = 1,8 (2—1), also — 0,7, und F = 1,6 (2—1), also — 0,6.

Vergleicht man jedoch die Werte dieser Minderleistungen mit denen der bisher untersuchten drei Krankheitsgruppen, so findet man, daß die Merkfähigkeit der Praecox-Kranken nicht entfernt eine derartige Herabsetzung erfahren hat, wie bei jenen Verblödungsformen, sondern nur etwa um $^1/_3$, höchstens $^1/_2$ derselben. Auch bei der Gegenüberstellung der relativen oder Unterschiedswerte der Versuchsreihen A, B und C unter sich bemerkt man die Annäherung an die Merkfähigkeitsleistungen der Gesunden; in den Gruppen III, IV und V ist der Abfall von Versuchsreihe A zu Versuchsreihe C ein enormer, dis Leistung bei C im Durchschnitt = $^1/_5$ der Leistung bei A, in Gruppe II und VI jedoch, also bei den Normalpersonen und der Dementia praecox, bewegt sich dieser Wert zwischen $^1/_2$ und $^1/_3$

Dementia praecox:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	4	4	2	F 1	5	5	1
	M 2	6	6	2	F 2	4	3	1
	M 3	6	5	2	F 3	5	4	2
	M 4	5	4	1	F 4	5	3	1
	M 5	5	5	2	F 5	5	5	2
II.	Durchschnitts	5,2	4,8	1,8	Leistungen:	4,8	4,0	1,6
III.	Grenz-	6—4	5—4	2—1	Leistungen:	5—4	5—3	2—1
IV.	M + F wie II.	5,0	4,4	1,7	M + F wie III.	6—4	5—3	2—1

VII. Die Manie.

Die in dieser Gruppe geprüften Versuchspersonen mußten, wie erwähnt, der Diagnose: manisch-depressives Irresein im *Kraepelin*schen Sinne genügen und durch wiederholte Anfälle ihre Dazugehörigkeit möglichst sichergestellt haben. Im übrigen kamen weder bei diesen noch allen anderen kranken oder gesunden Versuchspersonen für die Auswahl andere Gesichtspunkte in Betracht als eine für unsere Versuchsanordnung ausreichende Fixierung.

Es ergaben sich als Resultate bei:

Versuchsreihe A:

M = 6,6 (7—6) und F = 5,8 (7—5) Ziffernstellen.

Versuchsreihe B:

M = 6,2 (7—6) und F = 5,6 (7—4) Ziffernstellen.

Versuchsreihe C:

M = 2,8 (3—2) und F = 2,4 (3—2) Ziffernstellen.

also verglichen mit den ungebildeten Normalpersonen:

bei A: M + 0,5 und F + 0,3 Stellen
bei B: M + 0,4 und F + 0,5 Stellen
bei C: M + 0,3 und F + 0,2 Stellen.

Das besagt eine geringe, aber für beide Geschlechter und alle 3 Versuchsreihen ziemlich gleichmäßige, also immerhin beachtenswerte Merkfähigkeits*steigerung*.

Zieht man jedoch zur Erklärung hierfür den Umstand in Betracht, daß unter unseren manischen Versuchspersonen sich einige von zweifellos höherer Bildungsstufe, als sie der unseres Pflegepersonals entspricht, befanden — z. B. ein Mechaniker, ein Monteur, ein Uhrmacher und eine Kaufmannsfrau mit Töchterschulbildung — so wird man unter Berücksichtigung des bei den Gebildeten erzielten Resultates und in Erwägung des dort bezüglich der *Wirkung höherer Bildung* Dargetanen in letzterer auch die Deutung für jene *Mehrleistung* zu suchen und diese bei Vergleichen zu *ignorieren* haben.

Manie:

I.	Einzel-	A	B	C	Leistungen:	A	B	C
	M 1	7	7	3	F 1	6	6	2
	M 2	6	6	3	F 2	5	4	2
	M 3	6	6	2	F 3	5	5	2
	M 4	7	6	3	F 4	6	7	3
	M 5	7	6	3	F 5	7	6	3
II.	Durchschnitts	6,6	6,2	2,8	Leistungen:	5,8	5,6	2,4
III.	Grenz-	7—6	7—6	3—2	Leistungen:	7—5	7—4	3—2
IV.	M + F wie II.	6,2	5,9	2,6	M + F wie III.	7—5	7—4	3—2

Geschieht dies, so ersehen wir, daß die Resultate dieser Gruppe absolut und relativ, und zwar sowohl bei den Durchschnitts- wie auch den Grenzwerten denjenigen der gesunden Versuchspersonen gleichkommen.

Zusammenfassung und Ergänzung:

Versuchsreihen:	Gesunde:				Geisteskranke:									
	Gebildete.		Ungebildete.		Dem. paral.		Dem. sen.		Idiotie.		Dem. praec.		Manie.	
	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F
A	7.4	6,6	6.1	5,5	4.6	3,0	4.2	3,2	3,0	3.6	5.2	4.8	6,6	5.8
B	7.8	6.8	5.8	5,1	2.4	1.0	3,8	2,8	2,6	3,4	4,8	4,0	6,2	5.6
C	4.8	4.0	2.5	2.2	0.4	0.0	0.8	0,4	0.8	0.8	1.8	1,6	2,8	2.4
Gesamt-durch-schn.	7,0		5.8		3.8		3.7		3.3		5,0		6,2	
	7,3		5.5		1.7		3.3		3.0		4.4		5,9	
	4.4		2.3		0.2		0.6		0.8		1.7		2,6	

In diesem Schlußkapitel seien an der Hand vorstehender Tabelle der von unseren 7 Gruppen in den 3 Versuchsreihen gewonnenen Gesamtdurchschnittszahlen und unter Betrachtung der auf Seite 336 folgenden Tafel der Leistungskurven — getrennt nach den Gruppen und Geschlechtern — sowie des Diagramms der Leistungen beider Geschlechter vereint noch einmal die Hauptergebnisse zusammengefaßt und aus den Beobachtungen der Protokolle einige weitere Schlüsse gezogen.

1. Es ist also mit der oben angewandten Methode der Merkfähigkeitsprüfung möglich, Defekte der Merkfähigkeit bei Geisteskranken nachzuweisen.

Bei den organisch bedingten Verblödungen der Dementia paralytica, Dementia senilis und Idiotie treten dieselben (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 3,8 resp. 3,7 resp. 3,3) bereits bei der sofortigen Reproduktion (gegen die 5,8 stellige Zahl der Gesunden) deutlich zutage. Das Gleiche ist bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause ohne Zerstreuung der Fall (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 1,7 resp. 3,3 resp. 3,0 gegen 5,5 beim Gesunden). Am stärksten ist der Ausfall bei der Reproduktion nach 1 Minute Pause mit Zerstreuung (0,2 resp. 0,6 resp. 0,8 gegen 2,3) sowohl absolut — im Vergleich mit der entsprechenden Durchschnitts-

leistung der Gesunden —, als auch relativ — beim Vergleich der Minderleistungen dieser 3 Versuchsreihen untereinander.

Die Verblödung auf Basis der „funktionell" bedingten Dementia praecox zeigt zwar auch eine deutliche Herabsetzung der normalen Merkfähigkeit (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 5,0; 4,4; 1,7 gegen 5,8; 5,5; 2,3) in allen 3 Versuchsreihen, aber bei weitem nicht den schweren Defekt der vorgenannten 3 Verblödungsformen.

Bei der Manie läßt sich (mit den Gesamtdurchschnittszahlen 6,2; 5,9; 2,6) eine wesentliche Veränderung der Merkfähigkeitsleistungen nicht feststellen.

2. Die oben vollzogene vergleichende Zusammenstellung und Bewertung unserer Ergebnisse enthält zugleich einige differentialdiagnostische Anhaltspunkte für die fünf Krankheitsgruppen; sie mögen unter diesem Gesichtspunkte nochmals kurz hervorgehoben sein:

Dementia paralytica, Dementia senilis und Idiotie zeigen durchgehend einen starken Merkdefekt, besonders bei Zerstreuung; die Dementia paralytica unter letzteren Umständen den erheblichsten, und überdies als einzige von den 5 Krankheiten eine stärkere Einbuße der Merkfähigkeit bereits bei der Reproduktion nach 1 Minute ohne Zerstreuung; bei der Dementia praecox erreicht auch bei tieferer Verblödung der jedenfalls bestehende Merkfähigkeitsverlust nicht den Grad der erstgenannten, sondern hält sich etwa in der Mitte; auch die Unterschiedswerte der 3 Versuchsreihen zeigen hier durch den relativ geringen Abfall in der 3. Versuchsreihe die Annäherung an das Normale. Die Manie erleidet keinen wesentlichen Merkdefekt!

3. Eine bestimmte, wenn auch nicht bedeutende Wenigerleistung des weiblichen Geschlechtes hat sich sicher bei allen Gruppen, normalen wie pathologischen (die scheinbare Ausnahme bei den Idioten hat ihre Aufklärung gefunden), und innerhalb dieser bei allen 3 Versuchsreihen nachweisen lassen. Bei den Paralytikern ist dieser Abstand mit 1,6 resp. 1,4 Stellen beim A- und B-Versuch weitaus am größten, sonst schwankt er zwischen 0,2 und 1,0 Stellen.

4. Der oben (vgl. Gruppe I) vorausgesetzte und begründete Einfluß höherer Bildung auf die Entwicklung der Merkfähigkeit ließ sich gleichfalls zweifelsfrei feststellen; er äußert sich in einer Verringerung der Leistungen (um 1,2 resp. 1,8 resp. 2,1 für A, B und C) bei der Pfleger- und Pflegerinnengruppe gegen die Gruppe der Gebildeten. Für die Wirkung der Berufstätigkeit und einseitiger Begabung sind gleichfalls einige Beispiele angeführt worden.

Ein wesentlicher Einfluß der Übung ist innerhalb unserer, nur auf 5—10 Einzelversuche bemessenen Versuchsreihen jedoch nicht bemerkt worden; im Gegenteil wurde viel häufiger (vgl. Protokoll: II. M 2 auf Seite 215) die Beobachtung gemacht, daß bei der einmal erreichten, richtig reproduzierten Ziffernzahl beharrt wurde, und ein nochmaliger Versuch mit der nächsthöheren mißlang.

Ermüdungserscheinungen wurden auch bei unseren kranken Versuchspersonen nicht wesentlich bemerkt.

5. Damit nicht zu verwechseln ist eine ferner zutage getretene (gleichfalls aus dem Protokoll II. M 2 ersichtliche) Erscheinung, nämlich diejenige des „apperzeptiven Antriebs"; zufolge einer höheren Anspannung der Aufmerksamkeit im Beginn des Versuchs oder einer neuen Versuchsreihe werden dort oft Zahlen mit größerer (bis 3) Ziffernanzahl einmal richtig reproduziert, als sie am Ende bei sinkender Aufmerksamkeit noch geleistet werden. Dies Phänomen zeigten am häufigsten die Praecoxkranken (6 mal), am seltensten die Idioten (1 mal) (die Gesunden 3 bis 4 mal).

6. Was nun die Fehlresultate bei der Reproduktion der Zahlen betrifft, so bedürfen dieselben infolge der durch individuelle Verschiedenheiten der Versuchspersonen bedingten steten Variierung der Höhe der Reizzahlen und Anzahl der Einzelversuche, um statistisch und differential-diagnostisch verwertet zu werden, einer derart sorgfältigen Abwägung und vorsichtigen Klassifizierung, daß eine exakte tabellarische Aufstellung derselben den Rahmen der vorliegenden Arbeit weit überschreiten würde.

Daher sollen nur einige hervorstechende Gesichtspunkte der Einteilung und Verteilung derselben hier skizziert werden.

Im ganzen wurden die begangenen Fehler — unter Außerachtlassung einiger seltenerer, andersgearteter — in einfache Fehler,

in Qualitäts-, in Auslassungs- und Hinzufügungsfehler eingeteilt.

a) Die Hinzufügungsfehler kamen verhältnismäßig sehr selten vor, beschränkten sich fast ausschließlich auf die 3. Versuchsreihe, bestanden stets in Hinzufügung nur 1 Ziffer an den Kopf der reproduzierten Zahl und beruhten fast stets auf Wiederholungsfehlern (vgl. unten), indem eine vorhergehende mehr ziffrige Zahl zur Erhöhung der folgenden, kleineren auf die gleiche Ziffernzahl verleitete. Bei weitem am häufigsten geschah dies bei den Paralytikern, in nennenswerter Prozentzahl sonst noch bei den Idioten und Praecocen.

b) Die Auslassungsfehler teilten wir je nach dem Ausfall einzelner Ziffern oder der ganzen Zahl in partielle und komplete; erstere prävalieren bei der 1. Versuchsreihe mit den relativ hohen Anfangszahlen, die letzteren bei der 3. An ihnen sind alle Gruppen der Untersuchten beteiligt, am stärksten die Dementia paralytica und Dementia senilis.

c) Die Qualitätsfehler setzen sich zusammen aus drei Klassen:

α) Wiederholungsfehler, durch perseverierende Vorstellungen veranlaßt; 1 (+) resp. 2 und mehrere (++) Ziffern aus der gleichen Zahl oder Ziffern aus der vorhergegangenen Reizzahl (+++) verdrängen die richtigen Ziffern oder treten nachträglich an Stelle vergessener. Die erste Art (+) findet sich bei den Normalpersonen beider Bildungsgrade sehr viel häufiger als bei Geisteskranken; die zweite Art (++) ist überhaupt selten, unter den Kranken nur bei der Dementia senilis zu finden; die dritte Art (+++), der Häufigkeit nach zwischen beiden obengenannten stehend und im übrigen bei allen Gruppen ziemlich gleichmäßig vorkommend, ist bei den Idioten stark (doppelt so viel) vertreten.

β) Stellungsfehler: 2 (!) resp. 3 (!!) resp. mehr Ziffern oder ganze Ziffergruppen (!!!) tauschen innerhalb der Zahl ihre Plätze untereinander; erstere (!) enthalten am häufigsten (doppelt so viel) die Protokolle der Manischen, die übrigen in ziemlich gleicher Zahl; die zweiten (!!), im ganzen recht selten, begehen am öftesten gleichfalls die Maniaci, dagegen Paralytiker und Idioten gar nicht; die dritten (!!!) finden wir nur bei den Normalpersonen, und zwar im ganzen 4 mal, je 2 in jeder Gruppe derselben.

γ) Hörfehler (?), meist 9 und 1 verwechselt, finden sich nicht besonders häufig und entbehren größeren Interesses.

Die Verteilung dieser Qualitätsfehler auf die 3 Versuchsreihen zeigt ein den Leistungen derselben, also der Anzahl richtig reproduzierter Ziffern, ziemlich proportionales Verhältnis; die meisten enthält die 1., etwas weniger die 2. und erheblich weniger (etwa ½) die 3. Versuchsreihe.

Bezüglich ihrer Verteilung auf die verschiedenen Personengruppen ergibt sich nun gleichfalls als bemerkenswerte Regel, daß ihre Anzahl sich direkt — nicht umgekehrt — proportional den Leistungen derselben verhält; die Reihenfolge der Häufigkeit ist demnach auch für diese Fehlergruppe: Gebildete (10,9), Ungebildete (9,9), Manie (7,8), Dementia praecox (6,6), Dementia senilis (6,4) Dementia paralytica (6,0), Idiotie (6,0).

d) Ein entgegengesetztes Verhältnis zeigt hingegen die weitere große Gruppe von einfachen Fehlern, welche man wohl Verlegenheitsfehler nennen könnte, da hier an Stelle der entfallenen richtigen Ziffern — mehr oder minder aufs Geratewohl — beliebige unrichtige produziert werden. Die Häufigkeitsfolge dieser Fehler in den einzelnen Personengruppen ist genau die entgegengesetzte derer der Qualitätsfehler; so begeht z. B. die gebildete Normalperson durchschnittlich die meisten Qualitäts- und die wenigsten Verlegenheitsfehler, der Paralytiker aber umgekehrt.

Die absolute Anzahl dieser letzteren Fehlerart bleibt hinter der größten Gruppe, der Qualitätsfehler, zurück und kommt der Zahl der Auslassungsfehler etwa gleich.

Auch die Aufrechnung der rein quantitativen Verteilung der gesamten Fehlresultate gestaltet sich aus obengenannten Gründen recht schwierig; es seien daher nur einige Ergebnisse betreffs der „Begünstigung bestimmter Stellen" (von *Ebbinghaus* „absolute Stellen", d. h. Stellen der Silben in der Reihe oder dem Takte genannt) gebracht, welche z. T. die Erfahrungen anderer Autoren bestätigten. Es ergab sich bei größeren Zahlen (es kommen hierbei naturgemäß nur die ersten beiden Versuchsreihen in Betracht) für die ersten Ziffern durchschnittlich die geringste, für die mittleren die höchste Fehlerzahl; von den letzten 3 Ziffern zeigte die mittlere (d. i. die ge-

sprochene letzte) nicht die Hälfte Fehlresultate wie die sich fast gleich verhaltenden erste und letzte (also die gesprochene drittletzte und vorletzte).

Es traf dies für Gesunde wie Geisteskranke in ziemlich gleichmäßiger Weise zu.

Die beiden weitaus begünstigten Ziffernstellen jedoch, die erst- und letzt gesprochene, erwiesen sich im Verhältnis zueinander verschieden bei den Gesunden und Geisteskranken; bei jenen weist die erste durchschnittlich viel weniger falsche Reproduktionen auf, ist also die meistbegünstigte, bei den Geisteskranken hingegen die letztgesprochene (jedoch mit Ausnahme der manischen Gruppe, welche auch hierin sich dem Verhalten der Gesunden anschließt).

7. Bezüglich unserer bei der Versuchsreihe A (sofortige Reproduktion) in die Protokolle eingetragenen Intervallzeiten (zwischen Ende des Vorsprechens der Reizzahl und Beinn der Reproduktion derselben) gelangten wir zu Resultaten, welche den gelegentlich der Schilderung unserer Versuchsanordnung bereits zitierten diesbezüglichen Ergebnissen *Wundts* entsprechen, welche als das Optimum für die richtige Reproduktion einfacher Gehörseindrücke ein Intervall von 2 Sekunden ergaben. Unsere Versuchspersonen, aufgefordert, möglichst gleich und möglichst richtig die Reizzahl zu reproduzieren, werden — natürlich unwillkürlich — eine Pause gewählt haben, die ihrem jeweiligen Optimum entspricht. Unter Verzicht auf Wiedergabe der entsprechenden Zusammenstellungen, welche bei unserer einfachen und natürlich nicht ganz zuverlässigen Art der Zeitbestimmung doch keinen Anspruch auf Exaktheit erheben dürfen, seien hier nur die resp. Gesamtdurchschnittszeiten unserer 7 Gruppen hintereinandergestellt: Gebildete 2,15 Sekunden, Ungebildete 2,20, Dementia paralytica 2,70, Dementia senilis 2,60, Idiotie 2,55, Dementia praecox 3,75, Manie 1,25 Sekunden. Sie halten sich also bei Gruppe I und II wohl in oben gegebenen normalen Grenzen, bei Gruppe III bis V in annähernd normalen; die Verlängerung bei der Dementia praecox und die Verkürzung bei der Manie wird sich den zugehörigen Krankheitssymptomen widerspruchlos einfügen.

8. Fassen wir die mit unserer Methode der Merkfähigkeitsprüfung gefundenen Resultate der Grenzwerte, oberen und unteren,

Merkfähigkeits-Leistungskurven von Männern und Frauen:

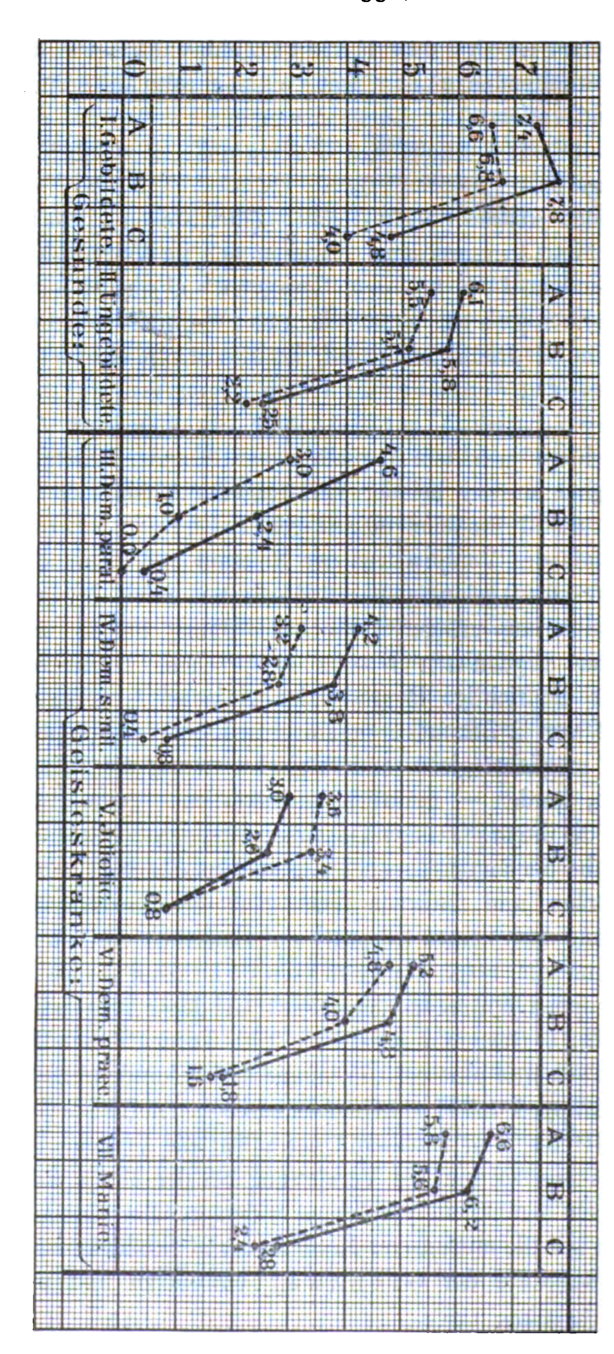
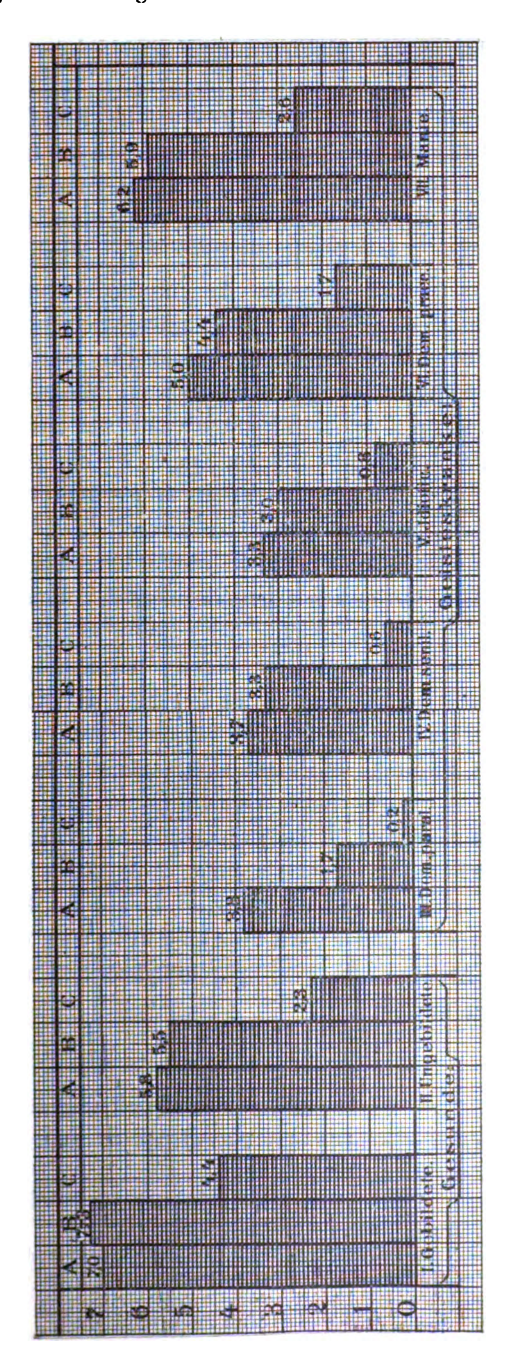


Diagramm der Gesamtleistungen:



der Normalpersonen, gebildeten und ungebildeten, der beiden Geschlechter und beiden ersten Versuchsreihen zusammen und ziehen den Gesamtdurchschnitt, so erhalten wir als Umfang der normalen Merkfähigkeit die 6stellige (genau 6,25), Zahl.

Diese aus 6 Ziffern (relativ einfachen Eindrücken) zusammengesetzte Zahl entspricht gleichfalls den Resultaten der *Wundt*schen [18]) psychologischen Untersuchungen über den „Umfang der Aufmerksamkeit", für welchen er einen „konstanten Maximalwert von sechs einfachen Eindrücken" für fast alle Sinnesgebiete fand:

„Die einfachsten räumlichen Eindrücke sind Punkte von beliebiger Verteilung: von ihnen können im Maximum 6 auf einmal apperzipiert werden. Ebenso können von etwas zusammengesetzteren Eindrücken von bekannter Beschaffenheit, wie einfache Linien, Ziffern, Buchstaben, in der Regel 6 simultan apperzipiert werden. Für den Tastsinn scheint dieselbe Grenze zu gelten."

Wenden wir uns zum Schlusse unserer eingangs skizzierten, diesen Untersuchungen wesentlich zugrundegelegten Aufgabe wieder zu, so glauben wir dieselbe angesichts der gewonnenen, präzisen Resultate, in Erwägung der bereits betonten Einfachheit der Anwendung und Kürze der für ihre Durchführung beanspruchten Zeit (bei einiger Übung nicht mehr als 10, höchstens 12 Minuten) und nicht zum wenigsten in Berücksichtigung der praktischen Bewährung bei fast allen, auch sonst schwer zu fixierenden Versuchspersonen als gelöst betrachten und die geschilderte Methode der Merkfähigkeitsprüfung mit einfachen Zahlen als diagnostisch brauchbares und eventuell differential-diagnostisch verwertbares psychiatrisches Untersuchungsmittel empfehlen zu dürfen.

Literaturverzeichnis.

1. *K. Wernicke*, Grundriß der Psychiatrie in klinischen Vorlesungen. II. revid. Aufl. 1906.
2. *E. Kräpelin*, Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. VI. Aufl. 1899, VII. Aufl. 1903.
3. *Th. Ziehen*, Psychiatrie für Ärzte und Studierende. I. Aufl. 1894, II. Aufl. 1902.

4. *W. Wundt*, Grundzüge der physiologischen Psychologie. IV. Aufl. 1893, V. Aufl. 1903.
5. *E. Kräpelin*, Über die Merkfähigkeit. Monatsschrift für Psychiatrie Bd. VIII. 1900.
6. *E. Kräpelin*, Psychologische Arbeiten. Bes. III. Bd. 1900.
7. *K. Bonhöffer*, Die akuten Geisteskrankheiten der Alkoholiker. I. Aufl.
8. *P. Ranschburg*, Studien über die Merkfähigkeit der Normalen, Nervenschwachen und Geisteskranken. Monatsschrift f. Psych. Bd. IX 1901.
9. *H. Schneider*, Über Auffassung und Merkfähigkeit bei Altersblödsinn. *Kräpelins* psychol. Arbeiten III. Bd. 1900.
10. *A. Diehl*, Zum Studium der Merkfähigkeit. I. Aufl. 1902.
11. *K. Goldstein*, Merkfähigkeit, Gedächtnis und Assoziation. Zeitschr. f. Psychologie usw. Bd. XXXXI 1906.
12. *A. Netschajeff*, Experimentelle Untersuchungen über die Gedächtnisentwickelung bei Schulkindern. Zeitschr. f. Psychologie Bd. XXIV. 1900.
13. *Marx Lobsien*, Experimentielle Untersuchung über die Gedächtnisentwickelung bei Schulkindern. Zeitschr. f. Psychologie Bd. XXVII. 1901.
14. *H. Ebbinghaus*, Das Gedächtnis. 1885.
15. *Müller* und *Schumann*, Experimentelle Beiträge zur Untersuchung des Gedächtnisses. Zeitschr. f. Psychologie Bd. VI. 1894.
16. *Müller* und *Pilzecker*, Experimentelle Beiträge zur Lehre vom Gedächtnis. Zeitschr. f. Psychologie, Ergänzungsband 1900.
17. *P. Ranschburg*, Über die Bedeutung der Ähnlichkeit beim Erlernen, Behalten und der Reproduktion. Journal für Psychologie und Neurologie Bd. V 1905.
18. *W. Wundt*, Grundriß der Psychologie. V. Aufl. 1902, VII. Aufl. 1905.

Untersuchungen über die sprachliche Komponente der Assoziation.[1])

Von

Adolf Eberschweiler, med. prakt.

In Anlehnung an eine Arbeit *Bourdons* [2]) haben *Jung* und *Riklin* im ersten Beitrag der Diagnostischen Assoziationsstudien versucht, exakte Angaben über gewisse äußerliche sprachliche Momente in den Assoziationen zu sammeln. Die beiden Autoren untersuchten so die Häufigkeit der Übereinstimmung von Reizwort und Reaktion in der grammatikalischen Form, der Silbenzahl und der Phonetik. Bei letzterer unterschieden sie Konsonanz, Alliteration und Übereinstimmung in der Endung. Die Schlußfolgerungen, die in genannter Arbeit angeregt und zur Nachprüfung empfohlen werden, lassen sich vielleicht kurz so resümieren:

1. Ungebildete haben in den Rubriken für „sprachliche Bindung" (speziell in den Rubriken „gleiche grammatikalische Form" und „gleiche Silbenzahl") höhere Prozentzahlen als Gebildete, speziell haben ungebildete Frauen die höchsten und die gebildeten Männer die niedrigsten Zahlen. Dieses von den beiden Verfassern bei ihren Versuchspersonen aufgefundene Ergebnis legte es ihnen nahe, als Grund für dieses Phänomen die Art der Einstellung auf das Assoziationsexperiment anzunehmen, nämlich: daß der Ungebildete sich mehr an das Reizwort klammere bzw. mehr von demselben beeinflußt werde als der Gebildete; er bringe dem Experiment eine Art größerer Aufmerksamkeit entgegen und bemühe sich mehr, der Bedeutung des Reizwortes gerecht zu werden.

[1]) Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Zürich. Arbeiten unter Leitung von Dr. *Jung*.

[2]) Rev. phil. T. 35 p. 225.

2. Es lassen sich aus der Qualität der Assoziationen, abgesehen vom Bildungsniveau, verschiedene Reaktionstypen aufstellen: „der sachliche Typus", der „Prädikattypus", der „einfache Konstellationstypus" und der „Komplexkonstellationstypus". Der sachliche Typus charakterisiert sich gegenüber den übrigen Typen, die niedrige Zahlen aufweisen, durch auffallend hohe Zahlen in obengenannten Rubriken. (Ich verweise hier auf die Tabellen in *Jungs* Diagnostischen Assoziationsstudien I.)

3. Beim Ablenkungsexperiment indessen war es den Verfassern nicht möglich, eindeutige Resultate zu erzielen: wo Merkzeichen gelungener Ablenkung hervortraten, wie Zunahme der äußeren, Abnahme der inneren Assoziationen, „Fehler", Klangreaktionen, Perseverationen usw., zeigten die Rubriken für sprachliche Bindung verschiedenes Verhalten, während man eigentlich eine Zunahme in diesen Rubriken hätte erwarten können. In einem Falle, bei dem aber auch der Ablenkungsreiz intensiv wirkte, zeigt sich die erwartete Wirkung in den Rubriken: Alliteration, Konsonanz und gleiche Silbenzahl, nämlich eine deutliche Zunahme der entsprechenden Zahlen.

Meine Versuche mit der von *Jung* und *Riklin* angegebenen Ablenkungsmethode mit Bleistiftstrichzeichnen nach Metronomschlägen hatten eigentümliche Ergebnisse: die meisten meiner Versuchspersonen gaben an, nicht besonders abgelenkt zu werden; zwei behaupteten, daß die Form der Ablenkung ihnen das Assoziieren erleichtere, und in der Tat zeigten die Assoziationsresultate auch qualitativ, formal und nach Zeitmessungsverhältnissen das „bessere" Bild. Eine Versuchsperson wurde durch das vorbeifahrende Tramway beim Normalversuch gestört; beim Ablenkungsversuch vermittelst Metronom überhörte er das Tramgeräusch völlig. Das Strichemachen und Assoziieren zugleich bei 80 Schlägen pro Minute ging aber erleichtert vor sich, und bei einer Erhöhung auf 120 Schläge fühlte er sich in seinem „gewohnten Element". Versuchsperson zeichnet viel, und das Strichemachen gilt ihm als „Schraffieren"; er stellte sich dementsprechend ruhig auf das Experiment ein.

4. In einzelnen Fällen wird typische Einwirkung eines „gefühlsbetonten Komplexes" auf das Reaktionsresultat in formalem und phonetischem Sinne beobachtet: wenn eine Versuchsperson nach einer Reaktion mit typischen Komplexmerkmalen (ich werde weiter unten

die bis jetzt geltenden Komplexmerkmale im Assoziationsexperiment aufführen) auf

„Stolz“: „Bolz“

reagiert, so sieht man tatsächlich, daß die ablenkende Wirkung eines gefühlsbetonten Komplexes als Störungsreiz eine Einstellung im klanglichen Sinne nach sich ziehen kann. Solche Klangassoziationen nach Komplexassoziationen stehen nicht vereinzelt da.

In dieser Arbeit will ich nun versuchen, die Einflüsse der Reizwortreihe auf die Reaktionen in formalem und phonetischem Sinne und ebenso eine Reihe entsprechender Einflüsse der vorausgehenden auf die folgende Reaktion darzustellen. Zu diesem Zwecke habe ich nicht bloß die Einwirkung des Reizwortes auf die entsprechende Reaktion im Sinne der von *Jung* und *Riklin* aufgestellten Tabelle untersucht, sondern die Fragestellung noch in folgendem Sinne erweitert:

1. Existieren nachweisbare Einflüsse der Reizwortreihe auf die Reaktionswortreihe in formaler, rhythmischer und phonetischer Beziehung, oder herrscht die gewöhnliche sprachliche Frequenz vor? Es ist nämlich sehr leicht denkbar, daß, wenn z. B. Reizwort und Reaktion konsonieren, diese Konsonanz gar keine phonetische Bindung darstellt, sondern bloß ein zufälliges Zusammentreffen der gleichen Akzentvokale ist, was sehr häufig geschehen muß, da die Auswahl der Vokale bei ihrer geringen Anzahl natürlich sehr beschränkt ist.

2. Die gleiche Frage läßt sich auch für die phonetische Perseveration, d. h. für die Konsonanz der Akzentvokale zweier unmittelbar aufeinanderfolgender Reaktionsworte aufwerfen. Vorsichtshalber sprechen wir in diesem Falle nicht von vornherein von „Perseveration“, sondern bevorzugen den nichts präjudizierenden mathematischen Ausdruck: Sequenz spez. „Vokalsequenz“.

3. Wie verhält es sich in sprachlicher Hinsicht mit denjenigen Reaktionen, die sich in einem Versuch mehrfach wiederholen? Stehen dieselben unter besonderen sprachlichen Bedingungen, die ihr Wiederauftreten begünstigen?

4. Wie verhalten sich die Reaktionszeiten a) bei den Konsonanzen und Alliterationen zwischen Reizwort und Reaktion; b) in einer konsonierenden oder alliterierenden Sequenz innerhalb der Reaktions-

wortreihe; c) welchen Einfluß hat die sprachliche Häufigkeit auf die Reaktionszeit α) in der Reizwortreihe, β) in der Reaktionswortreihe γ) bei wiederholten Reaktionsworten?

5. Bestehen Zusammenhänge der Vokalsequenzen mit Komplexmerkmalen?

I. Der phonetische, rhythmische und formale Einfluß der Reizwortreihe auf die Reaktionswortreihe.

Um zu eruieren, ob die Vokalität der Reizwortreihe — speziell der akzentuierte Vokal des Reizwortes — einen besonderen Einfluß auf die Reaktionswortreihe habe, sowohl was die mittlere Häufigkeit der Akzentvokale der Reaktionsworte, als auch was die Konsonanz betrifft, wurden alle Akzentvokale der Reizwortreihe abgezählt und in Vergleich gebracht mit den ebenfalls abgezählten Vokalen der Reaktionswortreihe. Es handelte sich bei diesem Versuche um 55 Versuchspersonen mit je einer Serie von 100 Reaktionen, die nach der gewöhnlichen, von *Jung* angewandten Methode aufgenommen worden waren.

In der von mir angewandten Reizwortreihe hatten die Akzentvokale folgende Häufigkeit:

a	e	i	o	u	ei	(au	ä	eu	ö)
25	12	16	14	9	8	4	2	3	1

Da die Reizwortreihe nach keinen phonetischen Gesichtspunkten ausgewählt ist, so ist es denkbar, daß ihre Vokalität mit der gewöhnlichen Vokalität der deutschen Sprache überhaupt übereinstimmt. Um diese Frage zu entscheiden, zog ich ein wohl wenig bekanntes Werk: das Häufigkeitswörterbuch von *Kaeding* [1]) zu Rate.

---

[1]) *F. W. Kaeding*, Häufigkeitswörterbuch der deutschen Sprache. Selbstverlag. Steglitz bei Berlin 1898. — Ganz abgesehen davon, daß einzelne Tatsachen der Häufigkeit (Worthäufigkeit, Vokalität der Stammsilben, Frequenz der Konsonanten und Vokale als Anlaute usw.) im Sinne meiner Arbeit als wertvoll erscheinen, sind auch folgende *Kaeding* entnommene Zählresultate für Studien auf psychologischem und sprachlichem Gebiete von Interesse: „Besonders hervorgehoben sei die überraschende Tatsache, welche sich aus der alphabetischen Nachweisung AI ergibt, daß die 3 häufigsten Worte: „die", „der", „und" zusammen die Häufigkeit von 1 033 565 = 9,47 %, also fast ein Zehntel der Sprache dar-

Kaeding hat mit einer großen Zahl von Mitarbeitern ein Material von fast 11 Millionen Wörtern (10 910 777) mit rund 20 Millionen Silben bearbeitet.

Die für unsere Zwecke wichtige Vokalstatistik ist (Lief. 13/15) Seite 644 zu finden. Daselbst ist eine Rubrik für die Vokale aller Haupt- bzw. Stammsilben, die wohl unter der Voraussetzung, daß in der weitaus größten Zahl der Fälle die Worte den Akzent auf der Stammsilbe tragen, für meine Zwecke der Häufigkeitsvergleichung passend sein dürfte. Die dort gefundenen Werte sind:

für a : 18,46
„ e : 19,76
„ i : 14,14
„ ie : 7,64
„ o : 9,08
„ u : 9,99
„ ei : 9,006.

Die Zahlen für die seltenen Umlaute habe ich hier zur Vereinfachung beiseite gelassen. Diese Frequenzzahlen schienen mir indes doch nicht ohne weiteres brauchbar, da sie die Akzentvokalwerte der 320 häufigsten Worte (von 5000—358 000 *Kaeding*scher Häufigkeit) = 72,25% der Gesamtworthäufigkeit enthielten. Dieseletzteren Worte (der, die, das, und usw.) figurieren mit wenigen Ausnahmen nie als Reaktionsworte in meinen Reaktionsreihen, beeinflussen aber erheblich obige Zahlen der Vokalität. Ich berechnete daher die Werte der einzelnen Akzent-

stellen. Nimmt man noch das Wort „zu" mit 258 584 in Rechnung, so ergibt sich die Gesamthäufigkeit von 1 292 149 = 11,84 %. Die 15 häufigsten Wörter stellen mit 2 751 798 = 25,22 % den vierten Teil der Sprache dar, die 66 häufigsten Wörter bilden mit 5 462 068 = 50,06 %, d. h. die Hälfte der Sprache. Die Häufigkeit von 5000 und darüber haben 320 Wörter mit der Gesamthäufigkeit von 7 883 469 = 72,25 % der gezählten Wörter oder 55,6 % der Gesamthäufigkeit" usw. ..... Von den 320 häufigsten Wortformen sind 171 einsilbig, 141 zweisilbig und 8 dreisilbig. — Die Lauthäufigkeit (Vokale und Konsonanten) sind im gleichen Werke (Lieferung 15/16) tabellarisch geordnet. Es ist unzweifelhaft, daß diese in großem Maßstabe untersuchten Frequenzerscheinungen in sprachlicher und spez. auch in lautlicher Beziehung für den Ablauf sprachlicher Assoziationen bedeutsam sein müssen.

vokale der in Betracht kommenden 320 häufigsten Worte und brachte die gefundene Zahl jeweils bei dem betreffenden Vokal in Abzug, indem ich zugleich das Resultat auf 100 umrechnete (siehe *Kaeding* S. 644 Rubr. 6). Die neu gefundenen Werte sind:

a	:	20,0
e	:	18,2
i	:	19,9
o	:	10,4
n	:	6,7
ei	:	10,9

Vergleichen wir die Vokalität (Akzentvokale) in der angewandten Reizwortreihe mit den *Kaeding*schen Häufigkeitszahlen, so sieht man, daß die Vokalität der Reizwortreihe nicht nach *Kaeding* zusammengesetzt ist:

	a	e	i	o	u	ei
Reizwortreihe:	24,6	14,0	16,0	13,3	8,6	8,6
Frequenz nach *Kaeding*:	20,0	18,2	19,9	10,4	6,7	10,9.

In der Reizwortreihe hat a eine Plusfrequenz von 4,6, o eine solche von 2,9, u von 1,9, e hat eine Minusfrequenz von 4,2, i von 3,9 und ei von 2,3.

Die Reaktionswortreihe von 55 Versuchspersonen zeigt zu *Kaeding* in der Häufigkeit ihrer Akzentvokale folgendes Verhalten:

	a	e	i	o	u	ei
Reaktionswortreihe	21,9	14,4	16,0	9,3	12,2	8,4
Frequenz nach *Kaeding*:	20,0	18,2	19,9	10,4	6,7	10,9
die Reaktionswortreihe hat also:	+1,9	—3,8	—3,9	—1,1	+5,5	—2,5.

Zum Vergleich zwischen Reizwortreihe und Reaktionswortreihe ergibt sich folgendes:

	a	e	i	o	u	ei
Reaktionswortreihe:	21,9	14,4	16,0	9,3	12,2	8,4
Reizwortreihe:	24,6	14,0	16,0	13,3	8,6	8,6
die Reaktionswortreihe hat also:	—2,7	+0,4	0	—4	+3,6	—0,2

Resümiere ich, so hat in der Reaktionswortreihe der Vokal

	gegen die Reizwortreihe	gegen *Kaeding*
a	—2,7	+1,9
a	+0,4	—3,8
i	0	—3,9
o	—4,0	—1,1
u	+3,6	+5,5
ei	—0,2	—2,5

Die Häufigkeit von a in der Reaktionswortreihe liegt also zwischen der darunterliegenden *Kaeding*schen und der Reizwortvokalfrequenz, e liegt über der Frequenz der Reizworte und unter *Kaeding*, i hat die gleiche Frequenz wie die Reizworte und liegt 3,9 unter *Kaeding*, o liegt unter der Reizwortfrequenz und —1,1 unter *Kaeding*, u hat an beiden Orten eine große Plusdifferenz, und ei liegt unter der Reizwortfrequenz und unter *Kaeding*. Für das Verhalten der Akzentvokale in der Reaktionswortreihe läßt sich demnach nichts Eindeutiges aus den Zahlen ersehen, jedenfalls nicht, daß die Reizwortreihe irgendwie einen Einfluß in phonetischer Beziehung auf die Reaktionen ausübt. Eigentümlich ist immerhin die Häufigkeit von u, die an beiden Orten größere Plusdifferenzen zeigt. Um positiv festzustellen, ob und welchen phonetischen Einfluß das Reizwort auf die Reaktion ausübt, wurden besondere Versuche gemacht mit Reizworten, deren Akzentvokale in besonderer Weise ausgewählt wurden. So machte ich Versuche mit 100 Reizworten, die kein a als Akzentvokal enthielten. Ich erhielt bei acht Versuchspersonen in den Reaktionen eine Durchschnittsfrequenz für a von 22,7, also auch noch über *Kaeding* gelegen.

Sodann wurden Versuche unternommen mit Reizworten, die nur bestimmte Akzentvokale enthielten, nämlich ein Schema mit 50 a, ein solches mit 25 ei und 25 u. Das Ergebnis war ein negatives, fast möchte ich sagen g e g e n t e i l i g e s, denn gerade bei diesen Versuchen traten jeweilig die Zahlen für die betreffenden Vokale zurück. Zum Beispiel betrug das Mittel von sechs Versuchspersonen für a 18,3 (gegen 21,9 bei 54 Versuchspersonen mit gemischtem Formular). Eine Versuchsperson wies in einer Serie von 25 Reizworten mit u als Akzentvokal nicht e i n u auf, so daß man fast den Eindruck erhielt als ob ein die Konsonanz verhinderndes Moment wirksam wäre und

unter normalen Verhältnissen von einem klanglichen Einfluß der Reizwortreihe auf die Reaktionen nicht die Rede sein könne. Wie sich diese Verhältnisse gestalten bei wirklichen Störungsreizen, sei es im Ablenkungsexperiment oder bei pathologischer Aufmerksamkeitsstörung, wäre noch des Nachweises bedürftig. Unter diesen Umständen erscheint es unwahrscheinlich, daß die von der *Kaeding*schen Häufigkeit abweichende Vokalhäufigkeit des Reizwortschemas die Ursache der andersartigen Zusammensetzung der Reaktionsvokalität ist. Die Annahme wäre sonst denkbar, daß die Vokalität der Reizwortreihe eine Konsonanz der Reaktionswortreihe hervorriefe. Obschon obiges Resultat in dieser Hinsicht nichts Positives verspricht, habe ich trotzdem die Konsonanzverhältnisse einer näheren Prüfung unterzogen.

Die Zahlen für die Konsonanz (phonetische Übereinstimmung der Akzentvokale) zwischen Reizworten und Reaktionen waren für 46 Versuchspersonen im Mittel für:

a	e	i	o	u
6,3 [1])	2,1	3,6	1,2	0,9.

Total : 14,1%.

Diese Zahlen schienen mir im Hinblick auf die allgemeine Frequenz der Vokale auffallend niedrig, namentlich bezüglich der Vokale a, e, i. Ich versuchte daher eine experimentelle Nachprüfung, wobei ich von folgender Überlegung ausging: Möglicherweise existiert gar keine Konsonanz im Sinne einer Beeinflussung der Reaktion durch das Reizwort, sondern es handelt sich bloß um ein zufälliges Zusammentreffen, da die Auswahl unter den Vokalen eine sehr geringe ist.

Dieses „Wahrscheinlichkeitsexperiment“ wurde so vorgenommen, daß 100 Vokale im *Kaeding*schen Verhältnis zusammengesetzt, in einer Urne gemischt wurden und dann wie beim Lotto gezogen und der Reihe nach den Reizworten zugeteilt wurden. Das Experiment wurde 46 mal, entsprechend ebensovielen Assoziationsversuchen, wiederholt, und es ergaben sich für die Konsonanz folgende Zahlen:

a	e	i	o	u	ei
7,16	3,41	6,0	1,75	0,83	1,08

Total: 20,23.

[1]) Die Zahlen sind Prozent. Sie geben an, wieviel Prozent der Reaktionen in einem Versuch — z. B. a — Konsonanzen bilden.

Ich erhielt also hier für a einen Wert, der mit demjenigen der Reaktionen meiner Versuchsperson einigermaßen harmoniert, während i hier eine größere Zahl aufweist als bei den Versuchspersonen. Auffallend war aber, daß die Zahl der durch das „Wahrscheinlichkeitsexperiment“ gewonnenen Konsonanzen über derjenigen der Assoziationsversuche lag. Es ist also mindestens anzunehmen, daß die Konsonanzen im Assoziationsexperiment, solange sie nicht gehäuft oder in auffallender Form auftreten, nicht bedeuten, daß die Reizwortreihe einen klanglichen Einfluß auf die Auswahl der Reaktionsworte ausgeübt hat, im Gegenteil spricht obiges Resultat für eine Tendenz zur Verminderung der Konsonanz im normalen Assoziationsexperiment.

Wenn die bei der Konsonanz gemachten Beobachtungen auch auf die Alliteration zwischen Reizwort und Reaktion ausgedehnt werden, so ergeben sich ähnliche Resultate:

Die Alliteration (phonetische Übereinstimmung im ersten Laut) betrug bei 43 Versuchspersonen im Durchschnitt 10,9 (bei *Jung-Riklin* 8,9) im Normalversuch.

Bezüglich des Wortbeginns wurden folgende Tatsachen konstatiert:

Die Reizwortserie zeigt

Vokalbeginn .... 6 %
Konsonanten .... 94 %

Die Häufigkeit der einzelnen Konsonanten, die im Reizwortschema als Anlaute vorkommen, ist folgende:

	sch	b	f	t	k	r	w	g	h	s	l	m	d	n	z
Reizwortschema:	17	10	9	9	7	7	7	6	4	4	3	3	2	2	2
Die entsprechenden Zahlen aus den Reaktionen von 34 V. P. sind:	13,1	5,4	9,8	3,5	8,1	4,2	5,0	10,7	5,7	3,2	4,8	6,3	2,0	4,1	2,5
Die aus Kaeding gewonnenen Zahlen für diese Konsonanten sind:	9	8	6	4	6	5	6	9	7	5	5	5	4	4	4

Die Zahlen der Reaktionswortreihe schmiegen sich mehr den *Kaeding*schen Zahlen an als den Zahlen der Reizwortreihe, was dafür spricht, daß die sprachliche Frequenz es ist, welche das Zusammentreffen im Anlaut bewirkt und nicht Alliteration im eigentlichen

Sinne, d. h. phonetische Auswahl des Reaktionswortes unter der Konstellation des Reizwortes.

Eine Nachprüfung mit dem Wahrscheinlichkeitsexperiment, ähnlich wie bei den Vokalen, ergab bei 30 Kontrollversuchen für Alliteration einen Wert von rund 10%, also fast gleich viel, wie in den Reaktionen der Versuchsperson von *Jung* (8,9) und mir (10,9). Im großen und ganzen bewegt sich dieselbe also im Rahmen der aus den Frequenzwerten nach *Kaeding* gewonnenen Wahrscheinlichkeit, was wiederum dafür spricht, daß die Alliterationen des Normalversuches im wesentlichen nichts anderes sind als durch die Sprachfrequenz bedingte Sequenzen.

Zur Vervollständigung meiner Untersuchung habe ich auch die zwischen Reizwort und Reaktion stattfindende Übereinstimmung in Silbenzahl und grammatikalischer Form statistisch bearbeitet und durch das Wahrscheinlichkeitsexperiment nachgeprüft.

42 Versuchspersonen haben in der Rubrik:

gleiche Silbenzahl 43,0
„ grammatik. Form .... 42,8.

Jung-Riklin führen für ihre Versuchspersonen nachstehende Zahlen auf:

gleiche Silbenzahl 40,4
„ grammatik. Form ...... 55,4.

Das Wahrscheinlichkeitsexperiment ergab folgende Zahlen:

gleiche Silbenzahl 36,5
„ grammatik. Form .... 43,5.

Wir sehen hier im Assoziationsexperiment gegenüber dem Wahrscheinlichkeitsversuch durchschnittlich erhöhte Zahlen, spez. die Zahlen der *Jung-Riklin*schen Tabelle zeigen ein nicht unbeträchtliches Mehr: in der gleichen Silbenzahl 3,9 % und in der Rubrik für gleiche grammatikalische Form gar 11,9 %, so daß es möglich erscheint, daß rhythmische und formale Beeinflussung zwischen Reizwortreihe und Reaktion stattfindet. In der Ablenkung treten diese Zahlen durchgehends noch bedeutend verstärkt hervor, so daß es wahrscheinlich ist, daß die rhythmische und formale Übereinstimmung zwischen Reizwort und Reaktion zu

denjenigen psychophysischen Komponenten gehört, die durch eine Herabsetzung der Aufmerksamkeit zu stärkerem Hervortreten veranlaßt werden.

Meine Versuchspersonen zeigen allerdings in der Rubrik für gleiche grammatikalische Form einen gegen das Wahrscheinlichkeitsexperiment zu niedrigen Wert; wenn ich aber eine siebengliedrige Prädikattypenfamilie, die durch auffallend niedrige Zahlen in dieser Rubrik (23,3 % im Mittel) das allgemeine Ergebnis stark herabdrückt, in Abzug bringe, so steigt das Mittel für die Versuchsperson auf 46,6 %, d. h. über das Wahrscheinlichkeitsresultat.

Weiterhin kann sich die Reizwortreihe in den Reaktionen noch bemerkbar machen dadurch, daß ein Reizwort ein oder mehrmals als Reaktionswort auftritt, und zwar ist hier nicht die von *Jung* als „Komplexmerkmal" aufgestellte direkte Wiederholung nach dem Zurufen des Reizwortes gemeint, sondern das spätere Wiederkehren eines Reizwortes in der Reaktionswortreihe. Es wurde bei 35 Versuchspersonen ein durchschnittliches Mittel von 3,7 % für Wiederkehr des Reizwortes in der Reaktionswortreihe gefunden. Es dürften hier exquisit hohe Zahlen von Bedeutung sein, wie solche vier Versuchspersonen in dieser Rubrik aufweisen mit 8, 8, 9 und 10 Reizworten, die in der Reaktionswortreihe wieder erscheinen. Auch möchte ich auf eine auffällige Wiederkehr des Reizwortes aufmerksam machen, wie sie z. B. folgende Assoziationen, die im Experiment nacheinander folgen, zeigen

Ziege: Bock 6 (6/5 Sek.),
groß: klein 7
Rübe: Ziege 9 (nicht verstanden).

Ich gebe zu, daß solche und ähnliche Reizwortwiederkehr auch ohne besondere Konstellation erfolgen könnte, in dieser vorliegenden Form trägt sie aber den Stempel eines durchsichtigen Komplexmerkmales.

Dies dürften die hauptsächlichsten formalen, ryhthmischen und klanglichen Einflüsse sein, die von der Reizwortreihe auf die Reaktionen übergehen können.

Zum Schlusse der Betrachtung über den Einfluß der Reizwortreihe auf die Reaktionen wurde noch in gleicher Weise wie bei *Jung* und *Riklin* nachgeprüft, ob das Verhalten bei Männern und Frauen

das gleiche sei. Wir haben 26 weibliche und 29 männliche Versuchspersonen (Gebildete und Ungebildete gemischt).

Es haben:

	Männer	Frauen
gleiche grammatik. Form	48,1	36,8
„ Silbenzahl	43,4	42,8
Alliteration	11,0	10,4
Konsonanz	17,2	15,9

Wahrscheinlichkeitsexperiment:

gleiche grammatik. Form	36,5
„ Silbenzahl	43,5
Alliteration	10,0
Konsonanz	18,3.

Vergleichen wir die Zahlen für Frauen und Männer mit den entsprechenden Ergebnissen in den *Jung-Riklin*schen Tabellen, so sehen wir das Verhältnis gerade umgekehrt, indem dort die Frauen die höheren Werte in den einzelnen Rubriken aufweisen. Es könnten diese verschiedenen Resultate dadurch begründet sein, daß die Assoziationsaufnahmen bei meinen weiblichen Versuchspersonen von einer Dame aufgenommen sind. Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß *Jung* des öfteren betont hat, daß die Person des Experimentators (z. B. Frau oder Mann, Respektsperson oder Gleichgestellter) auf das Resultat des Experimentes nicht ohne erheblichen Einfluß sei; daher dürfte es vielleicht rühren, daß sich die Zahlen in diesen Rubriken gegen die Erwartung bei Frauen so niedrig stellen.

II. Die rhythmische, formale und phonetische Beeinflussung der Reaktionen untereinander.

In ähnlicher Weise, wie ich das Verhalten der Reizwortreihe auf die Reaktionen einer Untersuchung unterzog, war es mir auch wissenswert, ob in der Reaktionswortreihe Momente gelegen sind, die an und für sich geeignet wären, das Assoziationsresultat in phonetischer, formaler und rhythmischer Beziehung zu beeinflussen.

Die Rubrizierung wurde in erster Linie analog der Fragestellung bei dem Verhalten zwischen Reizwort und Reaktion vorgenommen:

1. Wieviele aufeinanderfolgende Reaktionen haben gleiche grammatikalische Form?

2. Wieviele gleiche Silbenzahl?

3. Wieviele alliterieren?

4. Wieviele konsonieren?

5. Wieviele Reaktionsworte wiederholen sich in der Reihe?

Ich erhielt hierfür folgende Zahlen (47 Versuchspersonen): 2 aufeinanderfolgende Reaktionen haben

		(Reizwort-Reaktion)
gleiche grammatik. Form	36,0 %	(42,8)
„ Silbenzahl	32,5 %	(43,0)
Konsonanz (Vokalsequenz)...........	13,1 %	(17,8)
Alliteration	6,9 %	(10,9)

Vergleichen wir diese Zahlen mit den danebengestellten entsprechenden Zahlen der Beziehung von Reizwort zu Reaktion, so sehen wir vor allem, daß hier alle Rubriken viel kleinere Zahlen aufweisen, daß also, wenn wir das Wort Beeinflussung überhaupt gebrauchen wollen, diese hier noch weniger ausgesprochen ist, als bei der Beziehung Reizwort-Reaktion. Wenn also bei der Beziehung von Reizwort zu Reaktion schon von einem Minimum von „Beeinflussung" gesprochen werden muß, so kann hier gar keine Rede mehr sein von Beeinflussung, denn die Zahlen der Übereinstimmung der Reaktionsworte unter sich liegen größtenteils beträchtlich unter den Zahlen des Wahrscheinlichkeitsexperimentes, die am Schluß des vorigen Kapitels aufgeführt und auch für diese Betrachtung gültig sind. Die Tatsache, daß unsere Zahlen größtenteils noch unter denen des Wahrscheinlichkeitsexperimentes liegen, scheint sogar dafür zu sprechen, daß nicht nur keine Tendenz zur Übereinstimmung der Reaktionsworte in formaler, rhythmischer und phonetischer Beziehung besteht, sondern geradezu eine Tendenz zum Kontrast. Die Annahme erscheint daher gestattet, daß in der normalen Sprache die mechanistischen Übereinstimmungstendenzen überkompensiert sind durch eine Tendenz zur Abwechslung. Diese Tendenz entspräche einem teleologisch wirkenden Faktor, die Sprache durch Abwechslung in formaler, rhythmischer und phonetischer Hinsicht deutlicher zu machen und zu differenzieren. *W. von Humboldt* hat

in seiner Abhandlung über die Sprache der Javaner[1]) sich schon in diesem Sinne ausgedrückt, daß nämlich in hochentwickelten Kultursprachen der Wechsel im Klang usw. nicht bloß aus einer Neigung, dem Wortklang gerecht zu werden, sich eingestellt habe, sondern daß durch die Verschiedenheiten dem Sprachverständnisse ein Dienst erwiesen sei. Dem entspricht auch unser Gefühl, und es ist allgemein bekannt, daß sich einerseits Wortreihen, die phonetisch oder rhythmisch gebunden sind, als etwas Gesuchtes und Auffallendes herausheben, und daß andererseits der Wechsel in den sprachlichen Phänomenen als das Gewohnte erscheint. So ist es auch nichts Ungewöhnliches, wenn im Assoziationsexperiment die Tendenz zur Abwechslung einen gewissen Widerstand gegen eine konsonierende, alliterierende und rhythmisierende Einstellung zur Folge hat.

Eine gewisse Sonderstellung gegenüber diesem Verhalten scheinen indes die phonetischen Sequenzen doch zu behaupten. Unter phonetischen Sequenzen, so weit sie hier in Betracht fallen, sind die in der Reaktionswortreihe vorkommenden Konsonanzen verstanden (im Gegensatz zur Konsonanz zwischen Reizwort und Reaktion). Die Alliteration zwischen zwei Reaktionen kommt selbstverständlich in dieser Beziehung auch in Betracht, wurde aber getrennt behandelt und wurde nur dort, wo sich entweder die Vokalsequenz in eine alliterierende Sequenz oder vice versa fortsetzt, rubriziert und mit ihrer Perseverationsweite aufgeführt. Unter diesem Begriff verstehe ich die Zahl, die angibt, auf wieviel Worte in der Reihe durchschnittlich die Sequenz sich erstreckt.

Beispiele:

	Reizwort	Reaktion
1. Vokalsequenz:	still:	Land
	Spott:	Knabe
	schlafen:	Nacht
	Monat:	Januar
2. Konsonantensequenz:	krank:	schwer
	stolz:	schön

[1]) Abhandlungen der Königlichen Akademie der Wissenschaften in Berlin 1836—1839.

3. Gemischte Sequenz:	schlafen:	Nacht
	Monat:	Tage
	farbig:	Teppich
	Hund:	treu

Wir müssen uns nun zunächst mit folgender Frage beschäftigen: Sind die Vokalsequenzen der Reaktionswortreihe sozusagen „zufällig", d. h. treffen nur darum übereinstimmende Akzentvokale zusammen, weil bei der geringen Auswahl schließlich eine gewisse Anzahl zusammen treffen muß, oder ergeben sich Anhaltspunkte, die eher Vokalperseveration vermuten lassen? Zur Klärung dieser Frage wurden folgende Untersuchungen vorgenommen: 1. Wahrscheinlichkeitssversuch. 2. Abzählung von Stichproben aus der Schriftsprache. 3. Wahrscheinlichkeitsrechnung. 4. Bearbeitung des Assoziationsversuches.

1. Der Wahrscheinlichkeitsversuch wurde analog dem bei der Konsonanz zwischen Reizwort und Reaktion vorgenommen:

Es wurden die Einzelvokale im Verhältnis der aus *Kaeding* gewonnenen sprachlichen Häufigkeit gemischt und aus einer Urne einzeln entnommen, hintereinander gelegt und die so entstandenen Sequenzen gleicher Vokale jeweils notiert. Der Versuch wurde 44 mal wiederholt und entsprach so der Anzahl von 44 Versuchspersonen.

2. Das Ergebnis für die Zahl der phonetischen Sequenzen in der Schriftsprache wurde aus Stichproben aus drei verschiedenen Literaturgebieten (zwei Zeitungsartikel, zwei Abschnitte aus *Wundts* Völkerpsychologie und ein Abschnitt aus einem Haushaltungsbuche) gewonnen, indem die dort gefundenen Akzentvokale der aufeinanderfolgenden Einzelworte registriert und prozentual berechnet wurden.

3. Die Wahrscheinlichkeitsrechnung[1]) liefert uns für die Mindestzahl der möglichen Sequenzen die Formel:

$$s_n = \lambda^n \ (1 - \lambda)^2$$

wobei λ die Zahl für das Mischungsverhältnis der Einzelvokale bedeutet.

---

[1]) Herr Dr. *Spiess*, Privatdozent der Mathematik in Basel, hat in liebenswürdiger Weise die Mühe auf sich genommen, die Formel $s_n = \lambda^n (1 - \lambda)^2$ für die Berechnung der wahrscheinlichen Sequenzen zu ermitteln.

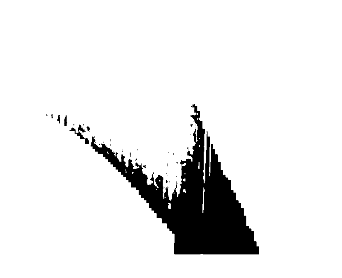
ıu sein scheint, wonach die normale Sprache, deren
hl unter der Wahrscheinlichkeit liegt, eine Tendenz
echslung besitzt. Die Wahrscheinlichkeitsrechnung,
verte liefert, ergibt fast genau soviel Sequenzen wie das
xperiment; das Wahrscheinlichkeitsexperiment ergibt
ıehr Sequenzen als das Assoziationsexperiment, woraus
m schließen muß, daß die Vokalsequenzen des Assozia-
ntes nur ein „zufälliges" Übereinstimmen bedeuten
ın wir auf die Häufigkeit der Sequenzen der ein-
kale eingehen, so ergeben sich folgende Verhältnisse:

	a	e	i	o	u	ei
hkeitsexperiment	3,7	5,5	7,5	0,7	0,7	1,3
rechnung........	2,66	3,2	3,78	0,74	0,9	0,74
r Schriftsprache	2,4	2,2	5,3	0,4	0,3	0,9
(44 Versuchspers.)	7,0	3,7	2,8	0,6	1,1	0,8

Zusammenstellung fällt das überraschende Hervor-
equenzen in den Assoziationen auf. Für dieses Hervor-
langes in den phonetischen Sequenzen habe ich einst-
friedigende Erklärung nicht gefunden, es sei denn, daß
ıenzverhältnis in der Umgangssprache doch auch noch
als z. B. das Literaturergebnis es zeigt. Es war mir
ünscht, daß ich dieses Verhalten der Vokalität auch an
nen norddeutscher Versuchspersonen — 10 Gebildete,
— (durch gütige Vermittlung von Herrn Prof. Dr.
fswald wurde mir das Material durch Herrn Dr. *Kliene-*
au in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt)
nnte.

rausgefundenen Zahlen ergeben Sequenzen im Mittel
rson

,8% mit 2,3 P.-W. gegen
,1% mit 2,3 P.-W. bei meinen Versuchspersonen



Die Zahlen für die Sequenzen der einzelnen Vokale sind:

	a	e	i	o	u	ei
Norddeutsche Versuchspersonen .	4,4	5,5	3,1	0,8	0,6	0,47
Schweizer Versuchspersonen	7,0	3,7	2,8	0,6	1,1	0,8[1]

Wir sehen bei den norddeutschen Versuchspersonen a hinter e zurücktreten, welches letztere seinerseits auch bevorzugt erscheint gegenüber dem Ergebnis aus dem Wahrscheinlichkeitsversuch (allerdings hier sehr wenig: 5,4), der Wahrscheinlichkeitsrechnung (3,2) und der Schriftsprache (2,4).

Es ist entschieden sehr schwierig, Schlüsse aus diesem Ergebnis zu ziehen. Ziemlich sicher erscheint das Vorwiegen der a-Sequenzen bei den schweizerischen Versuchspersonen, da sich dieses Resultat auf ein eher umfangreiches Material stützt. Unsicherer dagegen ist das Ergebnis der norddeutschen Versuchspersonen, da dieses Material zu wenig umfangreich ist. Immerhin kann gesagt werden, daß 19 beliebige Versuchspersonen aus meinem Material trotzdem auch ein Überwiegen der a-Sequenzen ergeben hätten. Das Faktum des Überwiegens der a-Sequenzen bei den norddeutschen Versuchspersonen ist vorderhand nicht diskutierbar. Es wäre aber trotzdem denkbar, daß lokale ethnologische Unterschiede existieren in der Bevorzugung gewisser Laute, auch innerhalb derselben Sprache, sofern sie durch lokale Dialekte stark variiert ist. Für stammverschiedene Sprachen ist dies ja unzweifelhaft der Fall. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß einzelne Vokale in gewissen Sprachen eine derartige Präponderanz erreichen, daß sich daraus eine Sequenzzahl ergibt, welche diejenigen der deutschen Sprache bedeutend überwiegt. In der Sprache der Naturvölker z. B. scheint das Bedürfnis, der Deutlichkeit zuliebe einen stärkern Wechsel im Klang eintreten zu lassen, nicht obzuwalten; kennen doch einige in der Hauptsache nur zwei bis drei Vokalklänge.

Führen wir an dieser Stelle zum Vergleich eine *Leo Reinisch* „Der Dschäbärti-Dialekt der Somalisprache“ entnommene Sprachprobe an:

Wápa la yiḍi. Nín-bā mág mánágsan qábay málinbā nín kale ō ilmader yihín nágtíi n yimid o lá hasáwag, wúkụ dám'ay inū ka lá báha.

Nácti - bā kú tidi: „Ninkay - gu nin au nin kale kú dórsánaco má - ahà.“

Wúhū kú yidi: „Nínkā - cu wā Nắ'as.“

Wáhay tidi: Waha ad ū gú fắnaysa fáro.

Auf diese 56 Worte mit 83 Silben fallen nicht weniger als 49 a-Silben und 22 i-Silben usw. und ca. 20% a-Sequenzen, trotzdem man leicht beobachten kann, daß durch passende Akzentuierung und Wechsel der wenigen Laute eine Tendenz zur klanglichen Differenzierung auch hier hervortritt. Vergleichen wir diese monotone, in der Hauptsache nur zwei Vokallaute enthaltende Sprache (o und u sind schwach vertreten, und die Umlaute: ä, ö, ü, eu, aeu und ei fehlen vollständig) eines verhältnismäßig gut entwickelten Naturvolkes mit unserer Muttersprache: Ein wie viel größerer Klangvorrat steht uns zu Gebote! Und um wie viel größer ist die Möglichkeit, klangliche Reihen zu meiden, ein Umstand, der, wie oben schon bemerkt, darauf hinweist, daß gebildete Völker (und vielleicht auch gebildete Einzelindividuen) der bedeutend größern Klangverschiedenheit zur besseren Verständlichung bedürfen.

In der Reaktionswortreihe lassen sich weiterhin als perseveratorische Phänomene die Wiederholungen der Reaktionsworte anführen. Die hier aufgefundene Zahl beträgt im Durchschnitt pro Versuchsperson 14,9% Reaktionswortwiederholungen mit einem Wiederholungskoëffizienten von 1,46 pro Wort. Die höchste Zahl Wiederholungen bei meinen Versuchspersonen ist 42 bei einem ausgesprochenen Prädikattypus, die niedrigste 0. Wir können auch hier sagen, daß irgend eine Wiederholung zufälliger Natur sein kann, müssen aber ohne weiteres hinzufügen, daß eine Durchschnittszahl von 14,9 Wiederholungen unerwartet hoch erscheint und doch nach einer andern Begründung verlangt, als der einer reinen Zufälligkeit. Wenn die folgende Auseinandersetzung nicht gerade im Sinne einer solchen Begründung aufzufassen ist, so dürfte sie doch in etwelcher Hinsicht aufklärend sein: Wenn wir den in der Reaktionswortreihe wiederholten Worten die *Kaeding*schen Frequenzzahlen (die in dem Häufigkeitswörterbuch in Lieferung 1/2 bis 11/12 nachgeschlagen werden können) zuteilen und diese Worte nach eben dieser Frequenzzahl ordnen, so ergibt sich die Tatsache, daß die Worte, die nach *Kaeding* eine niedere Häufigkeitszahl aufweisen, die aber andererseits mehr

als 95% des Sprachschatzes ausmachen, in den Wiederholungen eine relativ geringe Rolle spielen. Mit dem Steigen der *Kaeding*schen Frequenzzahl hingegen steigert sich bei rasch abnehmendem Wortvorrat (2%—0,7% aller überhaupt vorkommenden Worte) die Zahl für die Wiederholungen, mit anderen Worten: Nach *Kaeding* häufig vorkommende Worte haben im Assoziationsexperiment der Erwartung entsprechend mehr Chancen zur Wiederholung als Worte niedriger Frequenzzahl. Bei dieser Untersuchung hat sich ein merkwürdiger Unterschied zwischen gebildeten und ungebildeten Versuchspersonen herausgestellt, indem die wiederholten Worte der Ungebildeten einen fast sechsmal größeren *Kaeding*schen Frequenzwert besitzen, als die der Gebildeten. Berechnen wir für die Wiederholungsworte aller Versuchspersonen das Mittel des *Kaeding*schen Frequenzwertes, so stellt sich für die herangezogenen 16 Versuchspersonen (8 Gebildete und 8 Ungebildete)

Das Mittel aller Wiederholungen auf: .... 3995 K.-Fr.
„ „ für Gebildete: .... 1076 „ „
„ „ „ Ungebildete: .... 6189 „ „

III. Der Einfluß der phonetischen Phänomene auf die Reaktionszeit.

Um festzustellen, ob nicht den einzelnen phonetischen Erscheinungen und ihrem Gesamtauftreten eine besondere Bedeutung im Assoziationsexperiment beizumessen ist, wurden bei 24 Versuchspersonen, bei denen die Reaktionen mit Zeitmessung aufgenommen worden waren (die hier figurierenden Zahlen bedeuten Fünftelsekunden) die Reaktionszeiten zu Vergleichszwecken berücksichtigt, und speziell wurde die „Konsonanz" zwischen Reizwort und Reaktion, die Konsonanz zwischen zwei und mehr aufeinanderfolgenden Reaktionen (d. i. „Sequenz" oder „Vokalsequenz"), sodann die zeitlichen Verhältnisse bei den Reaktionen überhaupt und speziell bei Reaktionswortwiederholungen im Vergleich zu den *Kaeding*schen Häufigkeitszahlen in Betracht gezogen.

In dem Teile meiner Arbeit, welcher über die Übereinstimmung zwischen Reizwort und Reaktion handelt, hat sich speziell für die

klangliche Übereinstimmung ein erhöhter Wert für ihr Vorkommen im Assoziationsexperiment gegenüber dem Literaturergebnis und der Wahrscheinlichkeit herausgestellt. Wie verhält es sich nun mit den Werten der Zeitmessung bei Konsonanz?

Die Reaktionszeiten bei „Konsonanz" zeigten bei meinen 24 Versuchspersonen gegenüber dem Gesamtdurchschnitt des wahrscheinlichen Mittels aller Assoziationen eine Minusdifferenz von 1,4 Fünftelsekunden und gegenüber dem des arithmetischen Mittels eine solche von 2,6 Fünftelsekunden, im ganzen also jedenfalls etwas erniedrigte Reaktionszeit, d. h. eine erleichterte Reaktion. Die Konsonanzen gehören unter den Gesamtbegriff der klanglichen Assoziationen, von denen *Jung* und *Riklin* beobachteten, daß sie häufiger bei Aufmerksamkeitsstörungen zustande kommen und dann als oberflächliche Assoziationen meist mit verkürzter Zeit auftreten. Die Alliteration zwischen Reizwort und Reaktion hat nach einem kleinern Beobachtungsmaterial eine ebenfalls gegenüber dem Gesamtdurchschnitt verkürzte Reaktionszeit aufzuweisen (0,8 Fünftelsekunden und 1,5 Fünftelsekuuden Minusdifferenz bei 1000 Assoziationen und 10 Versuchspersonen) und ist daher wahrscheinlich im gleichen Sinne, wie die „Konsonanz" als eine assoziative Erleichterung aufzufassen.

Die in den Reaktionsreihen vorkommenden Vokalsequenzen und die alliterierenden Sequenzen wurden getrennt untersucht.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit und Vergleichbarkeit wurde in eine solche konsonierende Vokalreihe oder in eine alliterierende Sequenz auch das Wort, welches einer solchen Reihe vorausgeht (mit a bezeichnet), und das Wort nach Aufhören der phonetischen Reihe (z) mit aufgenommen. Die einzelnen Glieder der Sequenzen bezeichne ich mit I, II, III usw.

Eine solche Reihe lautet also:

a I II III usw. . . . . z.

Die Zahl aller Sequenzen bei 24 Versuchspersonen war im Mittel 16,8 und erstreckte sich im Durchschnitt auf 2,38 Worte (Perseverationsweite). Bei der Vokalsequenz liegt das Wort vorher (a) mit

13,8 Fünftelsekunden [1]) über dem arithmetischen Mittel (allgemein), das für alle Versuchspersonen 12,5 Fünftelsekunden beträgt. Das erste Glied (I) hat im Mittel 13 Fünftelsekunden, das zweite (II) zeigt einen Abfall auf 12,8 Fünftelsekunden. Die Reaktionszeiten nehmen also mit dem Beginn der Sequenz ab, während die a-Reaktion nicht unbeträchtlich über dem allgemeinen Zeitmittel liegt. Das dritte und vierte (III und IV) Glied der Sequenz dagegen (eine größere Anzahl Glieder konnte bei der großen Seltenheit von längeren Serien nicht in Betracht gezogen werden) zeigen einen rapiden Aufstieg in ihren Zahlen. Das III. Glied hat ein Mittel von 14,5 Fünftelsekunden und das IV. Glied von 18,3 Fünftelsekunden. Das Wort nach der Sequenz (z-Reaktion) fällt in seinem Zeitwert auf 11,8 d. h. unter das Zeitmittel aller Assoziationen und auch unter alle übrigen Glieder der Reihe.

a	I	II	III	IV	z	(24 Versuchspers.)
13,8	13,0	12,8	14,5	18,3	11,8	

Diese zeitlichen Verhältnisse bei Vokalsequenzen konnte ich bei den erwähnten 19 norddeutschen Versuchspersonen nachprüfen, wo sich für die einzelnen Glieder folgende Zahlen ergaben:

a	I	II	III	IV	z	(19 Versuchspers.)
12,5	10,3	10,5	12,7	13,6	10,2	

also ein völlig analoges und prinzipiell ähnliches Verhalten. Können wir diesem auffälligen Verhalten der Reaktionszeiten eine bestimmte Deutung geben? Die a-Reaktion erfolgt mit langer, d. h. mit über dem arithmetischen Mittel liegender Zeit, trägt also den Stempel erschwerter Assoziation, darauf folgt dann die klangliche Einstellung, die in den beiden ersten Gliedern I und II mit niedrigeren Reaktionszeiten (bis unter das arithmetische Mittel), d. h. mit assoziativer Erleichterung einsetzt, sodann auffallenderweise stets noch bei „Perseveration" des Klanges im III. und IV. Gliede ein ausgesprochenes Ansteigen der Reaktionszeiten; mit dem Aufhören der klanglichen Einstellung bei der z-Reaktion ein Abfallen der Reaktionszeit unter

[1]) Diese Zahlen sind immer Durchschnittszahlen für alle Versuchspersonen, berechnet aus den arithmetischen Mitteln der jeweiligen konsonierenden oder alliterierenden Reihe.

das Niveau des arithmetischen Mittels. *Jung* konnte bei solchen Assoziationen, die einer Komplexreaktion folgten, öfter ein „treppenartiges" Abfallen der Reaktionszeiten beobachten. Ein ähnliches Abfallen der Reaktionszeiten sehen wir von der a-Reaktion bis und mit Glied II. Die Vermutung liegt daher nahe, daß das (paradoxe) Phänomen, daß mit der klanglichen Einstellung auf das vorangehende Reaktionswort zugleich Reaktionszeitverkürzung eintritt, auf das gleiche ursächliche Moment zurückzuführen ist, nämlich auf die Folgen eines gefühlsbetonten Komplexes. Wieso eine klangliche Einstellung auf das vorangehende Reaktionswort, von der doch eigentlich Erschwerung der Assoziation, id est Zeitverlängerung erwartet werden müßte, im I. und II. Gliede verkürzte Zeit, d. h. assoziative Erleichterung bedingen kann, ist schwer verständlich, zumal auffälligerweise das III. und IV. Sequenzenglied bei der gleichen klanglichen Einstellung ein rapides Anwachsen der Reaktionszeiten mit sich führt; dort also erst käme die durch die klangliche Einstellung auf die vorangehende Reaktion bewirkte und erwartete Erschwerung der Assoziation. Daß es sich nicht einfach um etwas Zufälliges handelt, dürfte durch die prinzipielle Übereinstimmung der beiden obigen Zahlenreihen dargetan sein. Nach dem anfänglichen Abfall der Zeiten scheint es sehr schwierig, eine Deutung zu finden, welche beiden Erscheinungen zugleich gerecht wird.

Wir legen uns am besten zuerst die Frage vor, wann und wo ist nach den bisherigen Beobachtungen klangliche Einstellung zu finden? Vor allem ist es bekannt und experimentell nachgewiesen, daß Aufmerksamkeitsstörung (*Stransky*, *Jung-Riklin* u. a.) klangliche Einstellung zur Folge haben kann; auch sind uns aus der Psychologie des Assoziationsexperimentes keine anderen Ursachen dafür bekannt. Es müßte also mit oder vor Glied I (am ehesten also mit der a-Reaktion) ein Grund zur Aufmerksamkeitsstörung gegeben sein. Es ist nach *Jung* sichergestellt, daß im normalen Assoziationsexperiment (ohne Ablenkung) kein Motiv zur Herabsetzung der Aufmerksamkeit wirksamer eingreift, als der gefühlsbetonte Komplex. *Jung* hat eine Reihe von „Komplexmerkmalen" aufgestellt, die das Auftreten des Komplexes im Experiment charakterisieren. Die hauptsächlichsten Komplexmerkmale sind folgende:

1. Zu lange Reaktionszeit.

2. Reaktion mit mehr als 1 Wort (die Instruktion verlangt nur das zunächst einfallende Wort).
3. Direkte Reizwortwiederholung.
4. Mißverstehen oder Nichtverstehen des Reizwortes.
5. Ausfall der Reaktion: „Fehler".
6. Versprechen.
7. Fremdsprachliche, auffallende oder seltene Reaktionen.
8. Lachen und auffällige Gebärden.
9. Ausrufe wie: „aha!", „jaso!"
10. Störung der Reproduktion.

Da nun das treppenförmige Absteigen der Reaktionszeiten, wie vorhin betont, ähnlich ist dem Absteigen der Reaktionszeiten nach einer Komplexreaktion, so dürfte es sich als lohnend erweisen, nachzuforschen, ob und in welcher Weise die Perseverationsreihe resp. die Einzelglieder derselben Komplexmerkmale aufweisen. Zu diesem Zwecke wurden die oben angeführten Komplexmerkmale bei 17 Versuchspersonen bei den einzelnen Reaktionen abgezählt, und es ergab sich, daß auf 1700 Worte 628 Komplexzeichen fielen. Auf ein Wort der Gesamtreihe überhaupt fielen 0,36 Komplexzeichen, auf ein Wort der klanglichen Sequenz (inklusive a- und z-Reaktion) fielen 0,65 Komplexmerkmale, auf das Glied I, welches die Klangserie beginnt, 0,91 Komplexmerkmale, auf das vorhergehende Wort 0,58 usw. (siehe folgende Aufstellung):

b	a	I	II	III	IV	z
0,1	0,58	0,91	0,68	0.1	0,05	0,42

Das erste Glied der Vokalsequenz ist also gewissermaßen im Vergleich zu allen übrigen Gliedern der Reihe und besonders auch zu allen Worten der Gesamtreaktionswortreihe mit Komplexmerkmalen überladen[1]). Aus diesem Verhalten ergibt sich der Schluß, daß phonetische Sequenzen in der Regel an

[1]) Wenn man dabei berücksichtigt, daß Glied I und II eine große Anzahl rein zufälliger Sequenzen (die aus Wahrscheinlichkeitsgründen vorkommen) enthält, so ist die hohe Zahl (0,91) für Komplexzeichen im I. Glied noch bemerkenswerter, d. h. wenn man die zufälligen Sequenzen abzöge, so entfiele auf jede der übrig bleibenden Assoziationen jedenfalls mehr als ein Komplexmerkmal.

Reaktionen anknüpfen, die durch eine mehr oder weniger große Anhäufung von Komplexmerkmalen ausgezeichnet sind, d. h. also an Stellen, wo die Konstellation eines gefühlsbetonten Komplexes eingegriffen hat. Dieser letztere Schluß ist allerdings nur für den gültig, der den Komplexmerkmalen die von *Jung* nachgewiesene Redeutung beimißt. Es ist dementsprechend anzunehmen, daß in der a-Reaktion oder in Glied I ein Komplex auftritt, der ein treppenförmiges Abfallen der Reaktionszeiten mit sich bringt. Für die anfänglich niedrigeren Reaktionszeiten wüßte ich vorläufig keine andere Deutung, als daß die Komplexnachwirkung anfänglich eine „Bewußtseinsleere" zur Folge hat, in der mehr akustisch-motorisch und daher erleichtert reagiert werden kann, und erst, wenn diese „Leere" zum Schwinden kommt, bedeutet dann die perseverierende klangliche Einstellung eine Erschwerung der Assoziation, wie sie von mir für die phonetische Sequenz überhaupt erwartet wurde. Für die Erklärung des Ansteigens der Zeiten im III. Gliede ist aber auch folgendes zu berücksichtigen: Aus den Zahlen der Perseverationsweite, die 2,5 durchschnittlich nicht übersteigen, ist ersichtlich, daß eine phonetische Sequenz nur relativ selten sich auf 3 und mehr Assoziationen erstreckt. Entsprechend dem oben nachgewiesenen Zusammenhang der phonetischen Sequenz mit Komplexen ist zu erwarten, daß längere Sequenzen sich vorzugsweise nur an sehr starke Komplexstörungen anschließen, weshalb hier die Reaktionszeiten bedeutend länger ausfallen. Da einerseits die Zahlen von Glied III und IV hauptsächlich aus solchen Reihen stammen dürften, und andererseits in Glied I und II auch sicher zahlreiche Sequenzen vorkommen, die rein aus Gründen sprachlicher Frequenz zusammenfallen, so ist unschwer einzusehen, daß Glied I und II relativ kleine Zahlen, Glied III und IV relativ große Zahlen aufweisen müssen. Diese Annahme wird unterstützt durch die bemerkenswerte Tatsache, daß von 22 Versuchspersonen nur 14 Versuchspersonen überhaupt Sequenzenreihen von 3,4 und mehr Gliedern haben. Das Zeitmittel dieser 14 Versuchspersonen liegt um 2,6 Fünftelsekunden über dem Zeitmittel der übrigen 8 Versuchspersonen. Die längeren Sequenzreihen kommen also vor bei Versuchspersonen, die im ganzen längere Reaktionszeiten haben. Starke Verlängerungen der Reaktionszeit sind bekanntlich charakteristisch für allgemeine und spezielle Komplexerregung. Wir be-

gegnen demnach hier einem Phänomen, das ähnlich ist jenem von *Jung* angedeuteten Verhalten der Störungen im Reproduktionsexperiment, die mit der Verlängerung des individuellen Zeitmittels zunehmen[1]). Dieser Überlegung entspricht die Tatsache, daß die Perseverationsweite der obigen 14 Versuchspersonen mit verlängertem Zeitmittel 2,52, dagegen diejenige der übrigen Versuchspersonen mit dem kürzern Zeitmittel nur 2,29 beträgt. Wenn man ohne Rücksicht auf das Vorkommen von 3- und mehrgliedrigen Sequenzen die Versuchspersonen in 2 Gruppen trennt, in eine, deren individuelle wahrscheinliche Zeitmittel über dem wahrscheinlichen Zeitmittel aller Versuchspersonen und in eine, deren individuelle Zeitmittel darunter liegen, so ergibt sich, wieder in Übereinstimmung mit dem oben Gesagten, für die erstere Gruppe eine Perseverationsweite von 2,47. für die letztere eine solche von 2,32.

Die alliterierenden Sequenzen scheinen im Experiment eine andere Bedeutung zu haben. Die a-Reaktion der alliterierenden Reihe liegt mit 10,3 bedeutend unter dem arithmetischen Mittel, die Zahlen steigen nur unbedeutend bis zum III. Gliede und bleiben unter dem arithmetischen Mittel. Die z-Reaktion liegt dagegen ziemlich über dem Mittel (siehe folgende Zahlen):

a	I	II	III	z.	30 Versuchspersonen
10,3	11,2	12	10,8	13,5	A.-M 12,2

Es ist bei den alliterierenden Sequenzen anzuführen, daß diese Sequenzen bedeutend weniger vorkommen, als Vokalsequenzen, und sodann, daß ihre Perseverationsweite kleiner ist, als bei jenen.

Die Verhältniszahlen sind:

Zahl der Sequenzen:			Perseverationsweite:		
Vokalsequenz		allit. Sequenz	Vokalsequenz		allit. Sequenz
13,1	:	4,3	2,38	:	2,12

Da viel mehr verschiedene Konsonanten im Anlaut vorkommen, als verschiedene Akzentvokale, so ist die Abwechslungsmöglichkeit der Konsonanten natürlich viel größer, dementsprechend ihre Sequenzenzahl kleiner. Ich führe hier Konsonanten und Vokale in be-

[1]) *Jung.* Über die Reproduktionsstörungen beim Assoziationsexperiment. IX. Beitrag der Diagnost. Assoc.-Studien.

stimmter Anordnung an, um zugleich einen Überblick zu gewähren, wie und wie weit ich Konsonanz und Alliteration aufgefaßt habe:

Vokale:	Konsonanten:	
1. a (au).	1. b, p.	8. m
2. e, ä, ö.	2. c=z, z.	9. n
3. i, ü.	3. c=k, k, g, q.	10. r.
4. o	4. d, t.	11. s
5. u	5. f, pf, ph, v	12. sch, sp, st.
	6. h	13. w, (v).
	7. l	

Das Verhältnis der Vokale zu den Konsonanten ist 5 : 13.

IV. Der Einfluß der sprachlichen Frequenz auf die Assoziation.

Es leuchtet ohne weiteres ein, daß die sprachliche Frequenz einen nicht unbedeutenden Einfluß auf die Assoziation haben muß. Man könnte leicht erwarten, daß gewisse Arten in der Sprache häufiger Worte auch häufig im Assoziationsexperiment vorkommen, oder daß die Häufigkeit eines Wortes nicht ohne Einfluß auf seine Reaktionszeit ist. Ich stellte mir darum die Aufgabe, einzelne Erscheinungen im Assoziationsexperiment an Hand der *Kaeding*schen Worthäufigkeitszahlen zu untersuchen.

Zuerst wurden 600 Assoziationen Normaler bezüglich ihrer Stellung in der *Kaeding*schen Statistik der Reihe nach mit den ihnen nach *Kaeding* zukommenden Zahlen versehen[1]). So rangierten von den Reaktionsworten:

---

[1]) Die *Kaeding*sche Frequenzziffer ist natürlich nur von relativem Wert. Selbstverständlich ist sie ganz abhängig von dem durch *Kaeding* und seine Mitarbeiter verwendeten Material, das zwar von großer Mannigfaltigkeit, aber doch begreiflicherweise nicht so reich ist, daß es alle Lebensgebiete umfaßte. So kann man z. B. Millionen von Wörtern in Tausenden von deutschen Sprachdenkmälern statistisch bearbeiten, ohne dabei ein einziges Mal dem Worte „Mark" zu begegnen, das in der Umgangssprache doch eine überaus große Frequenz hat. Immerhin gibt uns *Kaedings* Werk doch wenigstens sehr wertvolle relative Zahlen.

Frequenz:	Worte der deutschen Sprache:	Reaktionsworte in %:	Reziprok. Wert:
1— 50	94,50	13,2	94,50 : 13,2 = 0,13
50— 100	2,12	13,8	2,12 : 13,8 = 6,4
100— 200	1,39	9,0	1,39 : 9,0 = 6,4
200— 500	1,08	30,2	1,08 : 30,2 = 27,9
500—1000	0,42	10,4	0,42 : 10,4 = 24,7
1000—2000	0,21	13,8	0,21 : 13,8 = 65,7
2000—3000	0,07	6,0	0,07 : 6,0 = 85,7
über 3000	0,17	3,3	0,17 : 3,3 = 19,7

Wegen der verhältnismäßigen Seltenheit von Worten mit hoher Frequenzziffer liegt das Mittel aller Assoziationen etwa bei 250 *Kaeding*scher Häufigkeit.

Wie die reziproken Werte aber zeigen, hat die sprachliche Frequenz einen gewaltigen Einfluß auf die Auswahl der Assoziationen, indem ganz entgegen der wirklichen Sprachzusammensetzung die frequenten Wörter im Assoziationsexperiment sich stark hervordrängen. Die Abnahme des reziproken Wertes bei der Häufigkeit über 3000 erklärt sich daraus, daß diese Häufigkeit nur verhältnismäßig wenig Worten zukommt, die zudem noch (da es sich um Adverbia, Pronomina u. dergl. handelt) für das Assoziationsexperiment nicht in Betracht kommen.

Es war mir nun wissenswert zu erfahren, wie sich die Reaktionszeiten zu diesen verschiedenen Häufigkeitszahlen verhalten.

Frequenzziffer nach *Kaeding*	Reaktionszeit	
1— 100	14,0	Fünftelsekunden
100— 300	14,0	„
300— 600	16,3	„
600—1000	13,6	„
1000—2000	10,4	„
2000—3000	14,2	„
über 3000	14,2	„

Aus dieser Tabelle ergibt sich zwar eine gewisse Verkürzung der Reaktionszeit mit steigender Frequenz des Reaktionswortes. Die Zahlen sind aber unregelmäßig und bei einer Frequenz über 3000,

[1]) Nach *Kaeding*.

wo man eigentlich die kürzeste Reaktionszeit erwarten sollte, haben wir wieder eine Verlängerung derselben. Ein etwas deutlicheres Resultat ergibt folgende Betrachtung:

Die Hälfte der Reaktionswörter haben etwa eine Frequenz zwischen 1 und 300. Die durchschnittliche Reaktionszeit dieser Hälfte beträgt 1,7 Fünftelsekunden mehr, als die der anderen Hälfte mit den höhern Frequenzen. Allerdings beträchtlich ist dieser Unterschied auch nicht. Man darf daraus schließen, daß jedenfalls der Frequenz eines Reaktionswortes keine allzu große Bedeutung hinsichtlich der Beeinflussung der Reaktionszeit zukommt, daß mithin andere Faktoren eine bedeutend größere Rolle bei der Bestimmung der Reaktionszeit spielen. Da es von vornherein nicht unwahrscheinlich sein dürfte, daß auch der Häufigkeitswert des Reizwortes nicht ohne Einfluß ist auf die Reaktionszeit, wurde auch für die Reizwortserie (für jedes einzelne Reizwort) der *Kaeding*sche Frequenzwert festgestellt, die Worte nach ihrer Häufigkeit rubriziert und für die Rubrik das arithmetische und wahrscheinliche Zeitmittel berechnet. Die folgenden Zahlen veranschaulichen das Ergebnis:

Frequenzzahl nach *Kaeding*:	Prozentsatz der vorkomm. Reizworte	A. M.	W. M.
1— 100	22	13,3 F. S.	13,0 F. S.
100— 300	23	10,2	10,0
300— 500	14	9,4	8,0
500—1000	14	11,0	9,0
1000—1500	7	12,0	10,0
1500—2000	8	9,8	9,0
2000—2500	5	10,8	9,0
2500—3000	1	12,0	9,0
über 3000	6	9,1	9,0

Die so gewonnenen arithmetischen und wahrscheinlichen Mittel der Reaktionszeiten zeigen im Hinblick auf die Frequenzwerte der Reizworte ein nicht viel deutlicheres Verhalten. Die Worte mit einer Frequenz von 1—300 haben ein W.-M., welches 1,5 Fünftelsekunden über dem W.-M. aller übrigen Rubriken mit höherm Frequenzenwert liegt, wobei zu bemerken ist, daß die Reizworte von einer Häufigkeit 1—300 = 45 % der Reizwortreihe ausmachen. Aus diesem Er-

gebnis lassen sich keine weitgehenden Schlüsse ziehen. Man kann höchstens sagen, daß die Frequenz des Reizwortes (ähnlich wie auch die des Reaktionswortes) nur einen recht unbedeutenden Einfluß auf die Reaktionszeit hat, womit die stets wiederholte Behauptung, daß die sprachliche Frequenz den größten Einfluß auf die Reaktionszeit habe, dahinfällt, jedenfalls haben sich aus diesen Untersuchungen keinerlei verwertbare Stützen für diese Behauptung ergeben. Das Frequenzgesetz wirkt demnach bloß auf die Auswahl der Reaktionsworte ein, nicht aber in irgendwie nennenswerter Weise auf die Reaktionszeit, deren Schwankungen offenbar durch ganz andere psychische Größen bedingt werden als durch die sprachliche Frequenz. *Jung* glaubt mit Recht in den Gefühlstönen die Schwankungsursachen zu finden.

Nachdem wir wissen, daß die sprachliche Frequenz einen entschiedenen Einfluß auf die Auswahl der Reaktionsworte hat, lohnt es sich, die Frage aufzuwerfen, wie sich in dieser Beziehung diejenigen Reaktionsworte verhalten, die dadurch ihre besondere Reproduktionstendenz verraten, daß sie sich mehrmals in einer Versuchsserie wiederholen. Wir untersuchen ihr Verhalten

a) bezüglich ihrer Reaktionszeit,

b) bezüglich ihrer sprachlichen Frequenz.

In 1500 Assoziationen (15 Versuchspersonen) wiederholten sich 173 Worte, d. h. 11,5% mit einem „Wiederholungskoeffizienten" von je 1,74[1]). Die 15 Versuchspersonen haben ein A.-M. ihrer Reaktionszeit von 9,9 Fünftelsekunden. Das Reaktionswort, welches später wiederholt wird, zeigt bei seinem ersten Vorkommen ein A.-M. von 10,3 Fünftelsekunden bei allen Versuchspersonen, also über dem allgemeinen A.-M. der Reaktionszeit gelegen.

Die erste Wiederholung liegt mit 9,6 Fünftelsekunden unter diesem A.-M. und auch dem des ersten Vorkommens. Die weiteren Wiederholungen steigen dagegen eigentümlicherweise in ihren Reaktionszeiten progressiv:

---

[1]) Der „Wiederholungskoeffizient" gibt die durchschnittliche Anzahl der Wiederholungen für jedes wiederholte Reaktionswort an.

erste Wiederholung:	9,6	Fünftelsekunden	
zweite	„	10,4	„
dritte	„	14,25	„
vierte	„	17,8	„

Von der vierten Wiederholung an treffen weitere Wiederholungen zu unregelmäßig ein, um sie mit dem A.-M. aller Versuchspersonen vergleichen zu können. Das Frequenzmittel der wiederholten Worte liegt entsprechend der *Kaeding*schen Statistik bei 885, es kommen also im Durchschnitt nur sehr häufige Worte (deren Vorrat gegen den Gesamtwortschatz bloß 0,74% ausmacht) zur Wiederholung. Vergleicht man die Frequenz der Wiederholungsworte mit dem jeweiligen arithmetischen Mittel ihrer Reaktionszeit, so ergibt sich folgendes Bild:

Frequenz: (A.-M. aller Assoz: 9,9)	1—50	—100	—200	—500	—1000	—2000	—3000	über 3000
Arithm. Zeitmittel:	9,1	6,7	8,3	9,2	8,7	10,8	12,5	11,3

Es haben also sonderbarerweise die Worte von hoher Frequenz die längsten Reaktionszeiten, wenn sie in der Reaktionswortreihe zur Wiederholung kommen.

Zusammenfassung:

I. Die Untersuchung des phonetischen, rhythmischen und formalen Einflusses der Reizwortreihe auf die Reaktionswortreihe ergab folgendes:

a) Es findet quantitativ keine phonetische Annäherung des Reaktionswortes an das Reizwort statt. Im Gegenteil ergibt der Zufall des Wahrscheinlichkeitsexperimentes höhere Zahlen für Konsonanz als das Assoziationsexperiment.

b) Reizwortreihen, deren Glieder nur bestimmte Vokale enthalten, ergeben kein Anzeichen eines phonetischen Einflusses auf die Reaktionswortreihe.

c) Die Zahlen für Alliteration bewegen sich ebenfalls im Rahmen des wahrscheinlichen Zufalles.

d) Die Zahlen für Übereinstimmung in Silbenzahl und grammatikalischer Form stehen über den Ergebnissen des Wahrscheinlichkeitsexperimentes.

II. Die Untersuchung der Beeinflussung des Reaktionswotres durch die vorausgehende Reaktion ergab folgendes:

a) Die Zahlenwerte für die verschiedenen Beziehungen der Reaktionsworte unter sich sind allgemein niederer als diejenigen für die Beziehungen zwischen Reizwort und Reaktion.

b) Die Zahl der Vokalsequenzen überschreitet nicht den durch Wahrscheinlichkeitsrechnung berechneten Minimalwert. Die Vokalsequenzen der Schriftsprache liegen noch unter diesem Minimalwert, woraus zu schließen ist, daß die Sprache eine deutliche Tendenz zur Klangabwechslung besitzt. — Die Statistik berechtigt daher nicht, von „klanglicher Perseveration" beim Assoziationsexperiment zu sprechen.

c) Bei den schweizerischen Versuchspersonen überwiegen entgegen der Wahrscheinlichkeit die a-Sequenzen, bei den norddeutschen Versuchspersonen die e-Sequenzen.

d) Wiederholungen (d. h. Reaktionsworte mit einer ausgesprochenen Reproduktionstendenz) sind in der Regel Worte von hoher sprachlicher Frequenz nach *Kaeding*, und zwar ist die sprachliche Frequenz der Wiederholungen bei Ungebildeten 6mal größer als diejenige der Wiederholungen bei Gebildeten.

III. Der Einfluß der phonetischen Phänomene auf die Reaktionszeit.

a) Konsonierende Assoziationen haben durchschnittlich etwas unter dem allgemeinen Mittel liegende Reaktionszeiten. Alliterierende Assoziationen haben ebenfalls etwas verkürzte Reaktionszeit.

b) Phonetische Sequenzen haben eine durchschnittliche Perseverationsweite von 2,38 Reaktionen.

c) Die Assoziation, welche der phonetischen Sequenz unmittelbar vorangeht (a-Reaktion), hat die längste Reaktionszeit, im I. und II. Gliede der Sequenz nimmt die Zeit allmählich ab, um im III., IV. usw. Gliede wieder anzusteigen.

d) Die Tatsache des Anstieges der Reaktionszeit im III. und IV. Gliede einer phonetischen Reihe beruht vielleicht darauf, daß längere Reihen hauptsächlich bei Versuchspersonen vorkommen,

die sowieso schon durchschnittlich ziemlich lange Reaktionszeiten haben.

e) Auf die a-Reaktion fallen nicht ganz doppelt soviel Komplexmerkmale, auf das I. Glied der phonetischen Reihe nicht ganz 3mal soviel Komplexmerkmale als auf jede andere Assoziation des Gesamtmateriales.

f) Es ist daher anzunehmen, daß phonetische Reihen namentlich von komplexkonstellierten Assoziationen ausgehen. Insofern kann also doch von einer „phonetischen Perseveration“ gesprochen werden, obschon ihre Gesamtanzahl nicht über den wahrscheinlichen Zufall hinausgeht.

IV. Der Einfluß der sprachlichen Frequenz auf die Assoziation.

a) Die Wörter von hoher Frequenzziffer drängen sich im Assoziationsexperiment gewaltig hervor.

b) Die sprachliche Frequenz hat keinen deutlichen Einfluß auf die Reaktionszeit, ebenso kommt auch der sprachlichen Frequenz des Reizwortes kein bedeutender Einfluß auf die Reaktionszeit zu.

c) Die Wiederholungen haben entgegen der Erwartung keine abnehmenden, sondern zunehmende Reaktionszeiten.

d) Wiederholungsworte von hoher sprachlicher Frequenz haben entgegen der Erwartung längere Reaktionszeiten als solche von geringer Frequenz.

Zur Pathologie der Größenideen.[1])

Von

Privatdozent Dr. **Max Kauffmann.**

Die Erklärung des Größenwahns, wie er besonders bei der progressiven Paralyse sich äußert, ist von den Autoren in verschiedenartiger Weise versucht worden. Man hat zum Teil eine Überernährung des Gehirns dafür verantwortlich gemacht, ferner die chronische Meningitis, die sich ja bei der progressiven Paralyse häufig findet; es soll die Entzündung einen gewissen Reiz auf die Ganglienzellen ausüben.

Man hat weiterhin davon gesprochen, daß die Größenideen durch Ausfallerscheinungen zu erklären seien: es ist der Mangel an Kritik, die Umgestaltung früherer Erlebnisse infolge von Lückenhaftigkeit der Erinnerung (*Kräpelin*).

Meynert nimmt an, daß ebenso wie bei der Manie der Größenwahn aus der Euphorie hervorgehe, und zwar infolge von Hyperämie, der Hirnrinde. Wenn diese Euphorie bei manchen Kranken nicht deutlich war, so glaubt derselbe Autor, daß man solche Krankheitssymptome nur vernachlässige.

Schüle hält hypochondrische Sensationen häufig für vorliegend, als deren Ausfluß dann der Größenwahn entstehe, denn es stehe dem expansiven ein depressiver gegenüber.

Mendel erwähnt weiterhin Fälle, in denen mit den Größenideen gleichzeitig hypochondrische Ideen aufgetreten seien, und daß beim Umschlag der Stimmung, wenn der Kranke weinerlich wird, dieser sich dann wundere, wie er zu all dem Unsinn (Größenwahn) gekommen sei.

---

[1]) Aus der Universitäts-Nervenklinik zu Halle a. S. (Direktor: Geh.-Rat Prof. Dr. *Anton*).

Man neigt wohl allgemein der Ansicht zu, daß die Demenz bei der progressiven Paralyse den phantastischen, ungeheuerlichen Größenwahn bedinge, „man spricht auch direkt von dementen Größenideen". Weil letztere so sinnlos, unwahrscheinlich sind, beispielsweise, wenn einer davon spricht, daß er 1000 Milliarden habe, und daß er Gott und Obergott sei, daß sein Urin Rheinwein und sein Kot Gold sei —, deshalb ist man leicht geneigt, die Verblödung als wesentlich für die Produktion eines solchen phantastischen Größenwahnes verantwortlich zu machen.

Krafft-Ebing meint, daß die schwierigste psychische Leistung im sozialen Leben wohl die richtige Beurteilung und Abschätzung der Beziehungen der so mannigfachen Verhältnisse zueinander sei, und daß die Abgrenzung des eigenen Ichs bei der progressiven Paralyse eben am ehesten Not leide.

Ist die Demenz für die Größenideen verantwortlich zu machen?

Wenn man Ausfallsymptome als ursächlich bedeutend für den Größenwahn ansieht, so muß man sich nach anderen Krankheiten umsehen, wo ebenfalls derartige Ausfallsymptome vorkommen. Hier haben wir eine ganze Reihe von Erkrankungen: Nehmen wir erst den angeborenen Schwachsinn an, ferner die Verblödung der Hebephrenen, die sogenannte „Dementia praecox", dann wieder die senile Demenz. Es gibt ferner genug akute Psychosen, wo eine Pseudodemenz besteht. Nehmen wir z. B. die senile Demenz, wo also alles das zutreffen würde, was nach *Kraepelin* mit verantwortlich für die Größenideen sein müßte: der Mangel der Kritik, ein lückenhaftes Gedächtnis und auch eine gewisse Euphorie: man wird bei verblödeten Greisen wohl zeitweise ein etwas gehobenes Selbstgefühl und besonders eine etwas renommistische Konfabulation antreffen, eine Sucht, aufzuschneiden, aber niemals die ganz phantastischen Größenideen der Paralytiker.

Bei einer anderen Erkrankung des Greisenalters, der Presbyophrenie, kann man nicht von Demenz sprechen. *Wernicke* (Lehrbuch S. 299) weist darauf hin, daß zwei seiner Kranken den Verdacht einer etwa vorhandenen Demenz durch den Gesichtsausdruck, die Gesten und die mündlichen Äußerungen sofort entkräften mußten, dagegen

zeigte gerade einer der Fälle eine gewisse Euphorie und auch eine leichte Überhebung: die 78jährige Frau hielt sich für ein junges Mädchen und zeigte auch Anwandlungen von Verschämtheit.

Es gibt ferner viele Idioten und Imbezille ohne jeden Größenwahn, und doch haben alle diese Kranken genug Ausfallerscheinungen, einen deutlichen Mangel an Kritik.

Wernicke hat das Krankheitsbild geschaffen: die expansive Autopsychose auf Grund autochthoner Ideen. Letztere sind Anlaß zu Erklärungs-Wahnideen, es sind sozusagen fremde Gedanken, die „als lästige Eindringlinge" empfunden werden, sie stehen den Zwangsvorstellungen nahe. „Es werden fast immer diese Gedanken bezeichnet als „gemacht", „eingejagt", „eingegeben", wohl auch „abgezogen".

Der von *Wernicke* (Lehrbuch S. 324) beschriebene Fall rühmte sich, daß er nie so gesund und so kräftig gewesen sei wie jetzt. Zeitweise zeigte sich ängstliches, hastiges Wesen, sichtliches Unbehagen, Zyanose, dann aber wieder Besserung. Bei einem zweiten Fall waren auch wieder auffallend vasomotorische Störungen: Herzklopfen, kongestioniertes Gesicht, dann wieder Zyanose der Extremitäten, vermehrte Schweißsekretion und gesteigerte Pulsfrequenz. Erst bestand eine Zeitlang ein Angstgefühl in der Herzgegend, dann kam ein anderes Gefühl, ein Glücksgefühl, als ob der heilige Geist in ihm wäre, und zwar in derselben Stelle lokalisiert, wo früher das Angstgefühl bestand. Zugleich kommen die „fremdartigen Gedanken" an, der Kranke merkte, daß er ein anderer geworden war, wie er vermutete, vom heiligen Geist erleuchtet. Ein zweiter Anfall von Größenideen wurde ebenfalls durch Angst, die im Herzen lokalisiert war, wieder eingeleitet. Zur Zeit der größten expansiven Erregung bestand wieder das lokalisierte Glücksgefühl. *Wernicke* nennt die Krankheit eine selbständige Form von Autopsychosen, gekennzeichnet durch das akute Auftreten autochthoner Ideen unter auffälliger Teilnahme des vasomotorischen Nervensystems, durch den Verlauf in kurzen Schüben, die einander rasch folgen, durch den überraschend günstigen Ausgang innerhalb mehrerer Monate.

Die Hebephrenen, besonders die Motilitätspsychosen, vergleichen sich in der Akinese mit dem Leiden Christi oder mit dem Leiden irgendwelcher Märtyrer am nächsten, und am häufigsten knüpft sich daran die Größenvorstellung des Erlösertums oder des Prophetenberufs.

Wernike selbst spricht sich dahin aus, daß es auch Fälle von phantastischem Größenwahn akuter Entstehung ohne Manie gebe, die ebenfalls zunächst frei von irgendwelchen Defektsymptomen oder von Symptomen einer Beteiligung des Projektionssystems sein können und dennoch später sich als paralytisch erweisen, eine von den meisten Fachgenossen wohl schon anerkannte sogen. paranoische Form der progressiven Paralyse.

Man findet ferner zahlreiche tief verblödete Hebephrenen, die keine Größenideen haben. Bei den motorisch erregten Kranken wird man häufig auf Größenideen stoßen. Die Kranken geben selbst an, die Bewegungen werden ihnen so leicht, es sei ihnen so leicht ums Herz. Dann entwickelt solch ein Kranker die abenteuerlichsten Größenideen, wie: er sei ungeheuer stark, ein Athlet, der Sohn des Kaisers, er werde noch sehr reich werden, werde Millionen verdienen usw. Solche Kranken haben ein ausgesprochen körperliches Wohlbefinden, sie haben sehr viel Sensationen, sie fühlen sich kräftig, drohen, alle Wärter hinzuwerfen, und wenn es ihrer sechs wären usw. Ich erinnere mich eines Hebephrenen, der ein eigentümliches motorisches Lachen hatte, es artete in ein förmliches Brüllen aus, er behauptete, er sei Trompeter, er sei Stabstrompeter, sei Trompeter des Kaisers, und endlich, er sei der Sohn des Kaisers. Es ist einleuchtend, daß hier die Hyperkinese das Primäre ist.

Fassen wir das Bisherige zusammen, so sehen wir erstens, daß die Demenz nicht zu Größenideen führen muß, und daß es ferner viele Krankheiten mit Größenwahn gibt, wo keine Demenz besteht.

Die Bedeutung der Organgefühle.

Wie besonders bei den autochthonen Ideen besprochen wurde, sind Sensationen mit Größenideen verbunden, und vielleicht ist überhaupt die Euphorie *Meynerts* die wesentliche Vorbedingung für die Größenideen. Bevor wir indessen von der Euphorie der Geisteskranken sprechen, halte ich es für zweckmäßig, wenn man die Bedeutung der körperlichen Sensationen im Gebiet der inneren Medizin und in der normalen Psychologie eingehender würdigt.

Es ist allgemein bekannt, daß der Schwindsüchtige eine krankhafte Hoffnungsfreudigkeit hat, daß er, trotzdem er jeden Tag körperlich hinfälliger wird, doch fest auf Besserung hofft, Reisen machen

will, sich verlobt usw. Wir haben hier schon eine geistige Anomalie vor uns. Man könnte annehmen, daß die Überschwemmung des Körpers mit den durch die Tuberkelbazillen erzeugten Toxinen auch auf das Gehirn in einer eigentümlichen Weise wirkt, so daß hierdurch die krankhafte Euphorie erzeugt wird.

Bei einer isolierten tuberkulösen Peritonitis finden wir aber die bekannte Facies abdominalis und bei weitem nicht die Euphorie der Lungenphthise; es kann also nicht bloß die Infektion an und für sich sein, sondern es scheint die Erkrankung gerade der Lunge mit eine Rolle zu spielen, denn bei der Pneumonie sehen wir auch häufig noch stärkere Benommenheit, Euphorie, und nicht etwa den schweren Verfall, wie bei der eitrigen Peritonitis. Man kann daran denken, daß die bei Funktionsstörungen größerer Lungenpartien eintretende Überladung des Blutes mit Kohlensäure die sogen. Kohlensäure-Euphorie erzeugt, die wir ja bei ängstlichen Herzkranken oft so sehr herbeisehnen. Letztere Krankheit ist ja im allgemeinen keine infektiöse, sondern es bestehen mehr mechanische Fehler, seien dies nun insuffiziente Klappen, oder sei es eine Degeneration des Herzmuskels. Die Herzkranken sind alle ängstlich; ich habe Fälle gesehen, die direkt einen psychotischen Eindruck machten. So erinnere ich mich eines Falles mit Bukardie in einem großen Berliner Krankenhause, der, von fürchterlicher Angst gepeinigt, direkt den Eindruck einer agitierten Angstpsychose machte, besonders in den Nächten, von wahnsinniger Angst gepeinigt, fortwährend um Hilfe flehte, verlangte operiert zu werden, nach den Fenstern eilte und hinausschrie, die Hände des Arztes umklammerte und um Rettung und Erbarmen bat. Dieser Mann war vollkommen normal gewesen vor dem Akutwerden seines Herzleidens, wie ich durch genaue Befragung der Ehefrau erfahren hatte.

Bei den Herzkrankheiten ist es etwa nicht der Mangel an Sauerstoff, sondern es ist das Asthma, welches die Beschwerden erzeugt. Die Zwerchfellfunktion stockt, sei es nun, daß direkt ein Zwerchfellkrampf auftritt, oder daß die Zwerchfellatmung erschwert ist. Wie das zustande kommt, wissen wir nicht. Es ist möglich, daß Äste des Nervus vagus, die im Zwerchfell und im Herzen endigen, reflektorisch auf die Innervation des Zwerchfells durch den Nervus phrenicus einwirken. Das Asthma wird ja nicht bloß vom Herzen ausgelöst, sondern

auch von den Bronchien; es gibt weiterhin auch Affektionen des Magens und des Darms, die Asthma auslösen können. Wahrscheinlich ist dann die reflektorische Erregung des Atemzentrums in der Medulla oblongata und die Abänderung der Atmung die Folge des peripheren Reizes.

Ich erinnere daran, daß das Asthma eine große Rolle spielt bei einer Gruppe von Geisteskranken, den Angstpsychosen, wo nach *Wernicke* häufig eine Insuffizienz der Zwerchfellatmung angetroffen wird. Ich habe selbst bei ängstlichen Patienten sehr oft eine Abänderung der Atmung mit Insuffizienz der Zwerchfellaktion beobachtet.

Bekannt ist weiter die Apathie der Typhösen, überhaupt der Darmkranken. Der Brechdurchfall der Kinder, die Peritonitis usw. ergeben einen wohl charakterisierten verfallenen Gesichtsausdruck, die sogen. Fazies abdominalis. Manche Typhuskranke geben auf Fragen, wie es ihnen geht, die Antwort, sie seien tot.

Wir sehen also hier eine ganz hervorragende Wirkung einzelner lokalisierter körperlicher Erkrankungen auf die Psyche, und es sind besonders Erkrankungen des Unterleibs, die schwer deprimierend zu wirken scheinen. Ich erinnere daran, daß die alten Griechen in die Eingeweide den Sitz des Gefühls legten, und daß das Zwerchfell (phren) überhaupt als Sitz des Geistes galt.

Forster[1]) sieht in der Lust das Fernsein von Schmerz. Nach *von Freys* Untersuchungen seien keine Nerven vorhanden, welche die Lust leiten, infolgedessen kommen die Lustgefühle infolge Schwindens von Unlust, Schmerz zustande. *Forster* glaubt auch, daß beispielsweise der unangenehme Geruch des Skatols assoziativ bedingt sei, indem er nämlich an Fäzes erinnere, der Chemiker aber, der sich mit dem Skatol wissenschaftlich beschäftige, habe nicht das Gefühl des Ekels. Dagegen möchte ich einwenden, daß ich mich gerade mit *Skatol* und anderen übelriechenden Stoffen, wie Äthylsulfid, monatelang beschäftigt habe[2]). Obgleich ich mit reinem, synthetisch hergegestelltem Skatol zu tun hatte, so war für mich der Geruch stets ein äußerst widerlicher, ebenso bei Äthylsulfid und Mercaptan, das sicher

[1]) Über die Affekte. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol., Bd. 19, Heft 3.

[2]) Über eigentümliche Geruchsanomalien einiger chemischer Körper. Nagelsche Zeitschr. f. Sinnesphysiologie, Bd. 42, 1907, S. 271.

keine Assoziationen auslösen kann. Der widerliche Geruch war für mich sozusagen etwas ganz Elementares, während der Geruch von Fäzes, mit denen ich mich oft wissenschaftlich beschäftigen mußte, für mich wenig Unangenehmes hat. Das Skatol hat einen direkt b e t ä u b e n d e n Geruch, der Geruch tut direkt weh.

F. E. Otto Schultze[1]) spricht sich folgendermaßen aus: „Das Gefühl der Kraft, des Großen, Mächtigen, Starken, das oft die Erscheinungsgrundlage für die Aussagen: reich, gewaltig, gewichtig, satt, strotzend, sicher, kraftvoll, straff bildet; der Affekt der Bewunderung und des Staunens. Mit diesen vielfach als Gefühle bezeichneten Erscheinungen finde ich eine unmittelbare Verwandtschaft zu den einfachsten Erscheinungen der angespannten Körperhaltung. Wenn ich vom Zwang spreche, von physischem oder seelischem, von innerer oder äußerer Notwendigkeit, und wenn ich das mit besonderem Nachdrucke tue, so steigt nicht selten in mir auch etwas von derartigen Erscheinungen auf. Ich sehe mich infolgedessen genötigt, auch sie den Körpergefühlen (Dynamien) zuzuordnen." Ferner: „Ganz frei von Bedenken bin ich allerdings nicht, denn wie im Begriff der algedonischen Erlebnisse auch von *Stumpf* die Unlust in Beziehung zu Schmerzempfindungen gebracht ist, so kann man vielleicht die Lust in Ähnlichkeitsbeziehung zur Wärmeempfindung bringen. Bei dieser Ähnlichkeit sind wir allerdings an eine Grenze gekommen, die einer zuverlässigen Arbeit vorläufig nicht zugänglich ist. Im allgemeinen Sprachgebrauch ist diese Ähnlichkeit in der Sprachweise von „innerer Wärme" anerkannt; p a t h o l o g i s c h w ä r e v i e l l e i c h t d a s h y p o c h o n d r i s c h e G l ü c k s g e f ü h l d e r P a r a l y t i k e r h e r a n z u z i e h e n, d a s a l s W ä r m e g e f ü h l g e s c h i l d e r t w i r d; doch bleiben Bedenken bestehen."

Raphael Levi[2]) spricht davon, daß der normale Ablauf des körperlichen und seelischen Gewebslebens Veränderungen des Gewebes setzt: p h y s i o l o g i s c h e R e i z e. Je nach den Bestandteilen des Gewebes, auf welche sie wirken, haben sie verschiedene bestimmt gezeichnete Töne (Hunger, Durst, Geschlechtstrieb, Ehrgeiz): spezi-

[1]) Über Organempfindungen und Körpergefühle (Dynamien). Arch. f. d. ges. Psychologie, 11. Bd., 2. Heft.

[2]) Zur Analyse der Empfindungen, insbesondere der Lustempfindungen. Arch. f. d. ges. Psychologie, 10. Bd., 3. und 4. Heft.

fisches Reizelement. Je nach ihrer Stärke erzeugen sie Empfindungen, Schmerzen (Durstempfindung, brennender, schmerzender Durst, Ehrgefühl, Ehrgeiz). — Ich muß sagen, daß mich diese Thesen des Autors nicht recht überzeugen konnten.

Als weiteren Beitrag zur Lehre von den Organempfindungen führe ich die Arbeit von *E. Meumann*[1]) an. Er verweist auf die Befunde von *Sollier* und *Revault d'Alonnes*. Letzterer Autor[2]) beschreibt eine Kranke mit „viszeraler Anästhesie." Sie klagte darüber, daß sie keinerlei Gemütsbewegungen habe und den Verfluß der Zeit nicht mehr zu bemerken imstande sei. Der Verfasser verneint, daß diese Anästhesie hysterischen Ursprungs sei, und weist auf all die gastrischen Störungen hin; er kommt zu dem Schluß, „daß die Empfindung der Zeitdauer nichts anderes sei als viszerale Sensibilität".

Sherrington[3]) hat fünf jungen Hunden das Rückenmark in der Zervikalregion oberhalb des sympathischen Nervensystems durchschnitten, wodurch die nervöse Verbindung der Brust-, Bauch- und Beckeneingeweide mit dem Gehirn aufgehoben ist, mit Ausnahme ihres Zusammenhangs durch gewisse Hirnnerven. Ebenso sind die Blutgefäße, abgesehen von der spärlichen Verbindung durch Hirnnerven, vom vasomotorischen Zentrum und die willkürliche Muskulatur samt der Haut bis zur Schulter vom Gehirn losgelöst. Diese Hunde wurden monatelang beobachtet — eine Abnahme der emotionellen Erregbarkeit konnte nicht festgestellt werden, sie äußerten in gewohnter Weise Freude, Ärger, Angst und Ekel.

Ohne die Bedeutung der Organempfindungen für die Gemütsbewegungen leugnen zu wollen, glaubt Verfasser feststellen zu müssen, daß seine Versuche gegen die Theorien von *Lange*, *James* und *Sergi* sprechen, vor allen Dingen scheint ihm die vasomotorische Theorie durch sie widerlegt zu sein. „Es muß darauf hingewiesen werden, daß, wenn auch den vasomotorischen Veränderungen keine primäre Bedeutung für das Zustandekommen der Ausdrucksvorgänge zukommen sollte, so doch letztere sich eben in denjenigen Körperregionen

[1]) Zur Frage der Sensibilität der inneren Organe. Arch. f. d. ges. Psychologie, 9. Bd.

[2]) Dieselbe Zeitschr., 7. Bd., Referat 8

[3]) Referiert Arch. f. d. ges. Psychologie, 7. Bd., Literaturbericht S. 117.

geltend machten, die noch einer Nervenreizung zugänglich waren, und daß die „unveränderten Gemütsbewegungen“ lediglich aus diesen körperlichen Reaktionen erschlossen wurden.“ (Referiert von *M. Kelchner.*)

Nach *Meumann* hat *Lennander* festgestellt, daß die Serosa des Darms weder Sensibilitäts- noch Schmerz- und Temperaturempfindungen hat, nur das Peritoneum parietale besitzt Schmerzempfindungen. Nach seinen eigenen Beobachtungen kommt aber der Verfasser zu dem Schluß, daß zwar die inneren Organe sich beim äußeren Eingriff als unempfindlich erweisen, daß aber durch normale reflektorische Erregungen Empfindungen in den Organen ausgelöst werden. Man müsse zweitens doch wohl annehmen, daß Organe, die bei abnorm starker innerer Reizung lebhafte, wenn auch unbestimmte Empfindungen auszulösen imstande sind, s e n s i b l e N e r v e n haben, die auch bei normaler, reflektorischer Erregung dieser Organe Empfindungen auslösen können, wenn auch nur in schwächerem Grade, oder auch von anderer Qualität (innere Tastempfindungen, nicht Schmerzempfindungen). Dies würde aber zu seiner obigen Ansicht stimmen, daß auch die normale Tätigkeit dieser Organe durch die physiologischen inneren Reize, die (bei reflektorischer normaler Erregung) in ihnen ausgelöst werden, schwache und unbestimmt lokalisierte Empfindungen auszulösen vermögen.

Wernicke stellte die Angst als etwas Selbständiges hin, ohne daß damit Vorstellungen verknüpft sein müßten. Ich kann selbst aus meinen Beobachtungen bestätigen, daß man beispielsweise nach Genuß von schwerem Kaffee, nach schweren Zigarren leichte asthmatische Beschwerden bekommen kann, „ängstliche Gefühle“, ohne daß man bestimmte ängstliche Vorstellungen hätte. Ich erinnere mich ferner, daß ich einmal in der Zerstreutheit 60 Tropfen Opiumtinktur auf einmal nahm und nachher leicht ängstlich und unruhig wurde, von einem Zimmer ins andere ging und erst durch Überlegen, daß ich ja doppelte Maximaldosis zu mir genommen hatte, auf den Gedanken kam, daß es sich um eine leichte Alkaloidvergiftung mit asthmatischen Beschwerden, Pulsbeschleunigung und leichten Tremor handelte. Es läßt sich darüber streiten, ob das Lustgefühl, das manche Leute nach einer gelungenen Defäkation empfinden, nur in der Beseitigung von irgendwelchen Unlustempfindungen beruht; bekannt sind letztere infolge

von Obstipation usw. Das Gefühl der wohlig überströmenden Wärme nach einem kurzen warmen Bade, das Wohlgefühl, das der Sonnenschein auf uns ausübt, könnte eventuell durch eine Kombination von Wärme- und Tastempfindungen ausgelöst werden.

Ich möchte weiterhin erinnern an das eigentümliche Wohlgefühl nach einer guten Mahlzeit und das Wohlgefühl nach geringem Alkoholgenuß. Man darf die Wirkung des Alkohols nicht einfach als Gehirnwirkung im allgemeinen auffassen. Zwar wird der Gedankenablauf ein rascherer auf Kosten höherer Assoziationsleistungen; diese narkotische Wirkung des Alkohols muß man aber trennen von der eigentümlich belebenden. Ich erinnere daran, daß die Völker des Nordens eher dem Übermaß des Alkoholmißbrauchs zum Opfer fallen, weil das ungünstige Klima nachteilig auf die Stimmung wirkt. Sicher greift der Nordländer nicht deshalb zum Belebungsmittel, um seinen Gedankenablauf rascher zu gestalten, sondern um sich eine körperliche Euphorie zu verschaffen. Die Frauen, die ja im allgemeinen eine etwas höhere Körpertemperatur haben und im ganzen viel mehr „Gefühlswesen" sind, wie der nüchtern denkende Mann, haben solch ein Reizmittel, das ein körperliches Wohlgefühl schafft, im allgemeinen nicht nötig.

Besser als diese mehr theoretischen Erwägungen kann uns die praktische Erfahrung über die Größenideen belehren. Ich möchte hier von mehreren Fällen berichten, die sehr prägnant die Abhängigkeit der Größenideen von dem körperlichen Wohlgefühl erläutern.

Fall 1. Es handelt sich um einen 50jährigen Kutscher. Ob Lues vorangegangen war, war nicht zu erfahren. Er soll über gewöhnliche Volksschulbildung verfügt haben. Er litt seit mehreren Jahren an Tabes. Als früherer Droschkenbesitzer hat er häufig reichliche Mengen Alkokol genossen. Im Sommer 1907 soll er einen Fall auf den Kopf getan haben.

Seit einigen Jahren fiel seiner Frau anstelle des früheren lebenslustigen Wesens ein merkwürdig stilles Benehmen und ein Mangel an Interesse für das Familienleben und die allgemeine Unterhaltung auf. Mitte September v. Js. trat eine außerordentliche Lebhaftigkeit auf, große Schwatzhaftigkeit, unzusammenhängende Reden. Bei seinem Selbstgespräche drehte es sich entweder um Geld oder um den Verkehr mit dem Kaiser, zu dem er häufig hinzufahren beabsichtigte. Plötzliches Angstgefühl brachte ihn zum Aufwachen aus dem Schlaf. Häufig gedrückte Stimmung, lautes Plappern, Aufspringen aus dem Bett, Klagen über Luftmangel, Sinnestäuschungen und Größenwahnideen; er sieht

einen Gutshof mit allerhand Vieh darauf und hält alles für sein Eigentum. In den letzten Tagen seines Familienaufenthaltes bedurfte seine Frau öfters anderweitiger Hülfe, um ihn im Bett festzuhalten, da er große Neigung zum Fortgehen zeigte. Er soll dabei immer angegeben haben, er müsse auf seinem Gutshof nach dem Rechten sehen, wenn er nicht viel Geld verlieren sollte. Erst auf langes und oftmals wiederholtes Zureden trat eine gewisse Ruhe ein. Das Bett hat er mehrfach verunreinigt. Er wurde in das Krankenhaus Schönebeck eingeliefert, war dort bald vollständig gedrückt und still, bald sehr aufgeregt und laut; der dortige Bericht lautete: Vorstellungstätigkeit gehemmt. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vorhanden. Gedächtnis geschwächt. Urteilsfähigkeit fast aufgehoben. Läuft öfters planlos umher und begeht verkehrte Handlungen. Anfangs beschmutzte er das Bett, war später aber rein. Der Appetit war wechselnd. Es ist nur eine gewisse Abmagerung gegenüber von früher konstatiert und die Symptome der Tabes. Der Schlaf war wechselnd. Er erhielt Brompräparate, auch Choralhydrat.

Er wurde mit der Diagnose progressive Paralyse in die hiesige Klinik geschickt. Der Befund ergab: Eigentümlich verwahrlostes Aussehen. Die linke Pupille zeigt ein Kolobom. Die rechte Pupille reagiert träge auf Lichteinfall, sie ist entrundet, die linke ist auf Lichtempfindlichkeit nicht zu prüfen. Der Augenhintergrund ist frei. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Die Herztöne sind rein, regelmäßig. Der Gang ist unsicher, *Romberg*sches Phänomen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen fällt er hin. Rechter Patellarreflex erloschen, linker ebenfalls. Ausgesprochene Hypotonie der Beine. Keine Achillesreflexe. Schmerzempfindung an den Beinen anscheinend stark herabgesetzt. Starke Ataxie der Beine.

Rechenexempel: 6 × 7? = Ja! 28.
3 × 7? = 29.
2 × 4? = 28.

Wie heißt der Deutsche Kaiser? Wilhelm Kaiser I.

Wie heißt die Hauptstadt von Deutschland? Als Kaiser Wilhelm I.

Haben Sie viel Geld? Ja, als Kaiser Wilhelm.

Sind Sie reich? Ja, als Kaiser Wilhelm.

Er spricht fortwährend: „Morgen früh Depesche an Kaiser Wilhelm als Hauptmann von Berlin." Er behauptet, er sei der Kaiser.

Wo sind Sie hier? Bei Kaiser Wilhelm.

Wer bin ich? Mein Vater, geliebter Kaiser.

Hält auch den Wärter und auch andere Personen für seinen Vater.

Man hätte den Kranken als sehr dementen Paralytiker mit einförmigen Größenideen bezeichnen können.

Er suchte fernerhin vorgezeigte Gegenstände mit dem Munde zu erfassen, diese werden zum Teil nicht benannt, beispielsweise sagte er zu einer Nadel Kaiser Wilhelm. Er kam auch immer wieder auf Kaiser

Wilhelm zurück. Während des Sprechens bemerkte man ein leichtes Zittern des Körpers. Beim Zugreifen nach Gegenständen rhythmischer Tremor. Die vorgestreckten Hände zittern lebhaft. Vorgesprochene Worte wurden nicht wiederholt. Er bot in der Folgezeit andauernd dasselbe Bild, er war zeitweise ganz ruhig und gab auf Fragen keine Antwort, außer, daß er Kaiser sei, und daß er morgen früh als Hauptmann nach Berlin müsse.

Am 17. November ist notiert: Wo sind Sie hier? Hier im Bette als Kaiser Wilhelm. Was sind Sie hier? Ich liege hier als Kaiser Wilhelm. Das ist der Kaiser Wilhelm aus Berlin. Wie heißt das Haus? Kaiser Wilhelm. Hier geboren als Kaiser Wilhelm. Gegebene Aufträge wurden prompt vollzogen. Auf vorgelegte Leseproben: Kaiser Wilhelm nach Berlin. Wieviel Finger? Ein Finger als Kaiser Wilhelm. Uhr? Meine Uhr kriege ich auch als Kaiser Wilhelm.

Am 20. November sprach er andauernd: „Morgen früh Depesche an Kaiser Wilhelm als Hauptmann von Berlin. Mein Sohn, geliebter Vater. Du bist gesund als Kaiser Wilhelm von Berlin.“ Am 24. November will er immer hier bleiben. Fühlt sich sehr wohl. Es wechseln Stunden, wo er andauernd spricht, mit vollkommener Ruhe. In den späteren Tagen war er leidlich ruhig. Am 30. November war er sehr unruhig, sprach fortwährend von Kaiser Wilhelm, schlug sich zeitweise an die Brust.

Am 4. Dezember war er von Mittag an sehr laut. Er ging außer Bett, zog die Wäsche desselben ab, warf die Matratze heraus und darauf alles unter das Bett. Er sollte sich nach kurzer Zeit wieder zu Bett legen, er verweigerte dies aber mit starkem Brüllen: „er lege sich nicht in das Bett als Kaiser Wilhelm.“ Er wurde darauf ins Gitterbett gelegt, fing darin an zu weinen und brüllte sehr laut bis gegen 7 Uhr abends, wurde dann für kurze Zeit etwas ruhiger.. Er sollte um 8 Uhr 30 Min. sein Schlafmittel einnehmen, wollte es aber nicht und schrie danach noch mehr. Er kam in die Zelle und brüllte die ganze Nacht hindurch, lief in der Zelle umher, fiel öfters mit seiner Decke um, auch später mit der Matratze. Gegen 10 Uhr vernahm man zweierlei Stimmen, zuerst die alte Sprache, dann eine ganz andere, auffällige, die er am nächsten Morgen hatte.

Am 5. Dezember gegen 2 Uhr nachts war der Patient nicht mehr zu erkennen, er war sich nicht mehr ähnlich. Der ganze Körper war stark *mit* Luft aufgebläht, überall, wo man anfaßte, fühlte man Knistern. Es handelte sich also um ein universales Emphysem, das auch auf das Gesicht überging und anscheinend auch die Schleimhäute, beispielsweise des Halses, mitergriffen hatte. Die Stimme war ganz hell, und der Kranke sprach, wie wenn er einen Kloß im Munde hätte. Er war nun ziemlich hinfällig, unbeholfen, die Atmung war erschwert, der Puls war klein und frequent. Die Augenlider waren auch stark geschwollen, so daß der Kranke nur mühsam aus den Augen sehen konnte; es war also im ganzen ein hilfloser Zustand.

Er war aber trotzdem sehr laut bis morgens 8 Uhr 45 Min., kam nachher ins Bett und war ruhiger. Er antwortete auf Befragen, ob er noch Kaiser Wilhelm wäre, nein, es wäre nicht wahr, er nannte seinen richtigen Namen. Warum er des Nachts so laut gewesen, wußte er nicht. Er wollte sich etwas waschen. Im Laufe des Vormittags war er ruhig, schlief aber nicht, drehte sich mehrmals um und trank viel Wasser. Auf wiederholtes Fragen, ob er Kaiser Wilhelm sei, antwortete er unmutig: „das sei Blech." Auf die Frage, wo er hier wäre, antwortete er: „im Krankenhause." In welcher Stadt er sei? schüttelt er mit dem Kopf, weiß es nicht. Wie alt er sei? 43 Jahr. Verheiratet? Ja. Lebt die Frau? Ja? Wo? In Schönebeck. Was er zuletzt gearbeitet hat? Kutscher. Wie es ihm geht? Gut. Ob er Schmerzen habe? Nein. Er gibt auf Befragen ganz gute Antworten, besser als früher.

Sein Wesen war ganz verändert. Er wurde vieles gefragt, gab recht gute Auskunft, er rechnete vollkommen fehlerfrei, gab auch über sich selbst Auskunft: er sei jetzt krank, er habe Halsschmerzen. Er kannte den Arzt, wußte nicht, warum er früher so erregt gewesen war. Er war den ganzen Tag über verändert, ruhig, geordnet und machte einen vollkommen vernünftigen Eindruck. Zugleich aber bestand große Hinfälligkeit, die Atmung war oberflächlich und beschleunigt, der Kranke gab zwar auf Befragen an, er bekomme genug Luft, er konnte sich aber schon wegen des ausgebreiteten Emphysems nicht viel rühren und auch nicht viel sprechen.

Abends nahm er sein Schlafmittel nicht, in der Nacht wurde er sehr unruhig, schlief nicht, sprach viel vor sich hin. Er beschäftigte sich fortwährend mit seiner Schlafdecke, zog dieselbe aus und warf sie raus in den Saal. War sehr unruhig bis zum Morgen, weigerte sich dann zu essen. Er war wieder verändert, sehr unruhig, warf sich im Bett hin und her. Dabei wieder Größenideen, behauptete, er sei der Kaiser, sprach wieder wie früher und erschien benommen. Auf Fragen antwortete er nicht mehr so klar wie tags zuvor. Die Sprache war teilweise ganz unverständlich. Das Emphysem war etwas zurückgegangen. Der Puls war klein, etwa 140 Schläge in der Minute, die Atmung beschleunigt. Es bestand ein eigentümlicher Geruch ex ore, an Aceton erinnernd. Unter zunehmender Herzschwäche Exitus (³/₄11 Uhr vorm.).

Die Sektion (Dr. *Ruckert*) ergab: Atrophie des Stirnhirns mit Leptomeningitis, besonders über dem vorderen Teil des Gehirns, Rindenverschmälerung, Hydrocephalus internus. Zwei Rippen rechts waren frakturiert, die 5. und 6., und zwar in der hinteren Axillarlinie, es bestand Pneumothorax, Pneumoperikard, allgemeines Luftemphysem der Haut.

Der ärztliche Bericht aus Schönebeck enthielt die Bemerkung: die Vorstellungstätigkeit sei gehemmt, es seien Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen vorhanden, das Gedächtnis sei geschwächt, die Urteilsfähigkeit sei fast aufgehoben.

Wer das Gebaren des Kranken gesehen hatte, der hielt denselben für einen ganz dementen, verblödeten Paralytiker. Daß dieses nicht der Fall war, das zeigt sein Verhalten, nachdem der körperliche Zustand ein schlechter war; er verwarf sogar die Größenideen, sagte, es sei Blech, zeigte eine ganz erfreuliche Intelligenz. Wie soll man sich solche Widersprüche erklären?

Fall 2. — St. O., Kaufmann, 37 Jahr, aus Weißenfels, wird von der Polizei nach hier gebracht. Er hatte bis Oktober v. Js. ein Delikatessengeschäft in Berlin, wurde dann Teilhaber einer Buchhandlung, wo er sein ganzes Vermögen verlor. Seitdem war er bei seiner Mutter, welche eine Gastwirtschaft besitzt, im Geschäft tätig bis Mitte Dezember. Von da ab ging es nicht mehr, er bekam mit den Gästen Streit, warf dieselben hinaus, machte die unsinnigsten Bestellungen an Zigarren, Nordhäuser usw. Er schlug Haken in die Wände, demolierte den Ofen und andere Wirtschaftsgegenstände. Wollte nach Berlin zum Kaiser fahren und denselben zum Essen einladen, glaubte, er werde dann Feldmarschall, bekomme eigene Soldaten und könne dann Krieg führen. Lief auf die Post, wollte dort 20 000 Mark abheben; wollte seiner Mutter das Geschäft verkaufen, sie verdiene ½ Million daran. Er lief dann in der Nacht, als seine Mutter zu Bette war, von Hause fort, ließ alle Türen offen stehen und fuhr nach Naumburg und von da nach Leipzig. Dort bekam er in einem Gasthaus Streit, das Fleisch, welches ihm vorgesetzt wurde, sei ungenießbar, es rieche schlecht, das Bier sei Wasser usw. Als er die Zeche bezahlen sollte, hatte er kein Geld mehr, es wurden ihm dann dort sein Überzieher und die Ringe abgenommen. Von da ging er nach Halle, hier fuhr er mit einer Droschke in der Stadt umher, obgleich er gar kein Geld in der Tasche hatte. Er wurde dann der Polizei übergeben und hierher gebracht.

Der Befund ergab: Mittelkräftig gebauter Mann von gesundem Aussehen. Die rechte Pupille reagiert träge auf Lichteinfall, die linke etwas besser. Beide sind nicht ganz rund. Der Augenhintergrund ist normal. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, leichtes Zittern. Die Herztöne sind rein, die Herzgrenzen normal. Die Patellarreflexe sind von normaler Stärke. Es besteht kein Fußklonus, dagegen stark *Romberg*sches Phänomen. Die gespreizten Finger zittern kaum. Silbenstolpern ist nicht vorhanden.

Fragen:

Unterschied zwischen Berg und Gebirge?
Das Gebirge ist groß, der Berg ist klein
Unterschied zwischen Bulle und Ochse?
Gibt's keinen Unterschied. Der eine frißt Heu, der andere Stroh.

Unterschied zwischen Fluß und Teich?

Der Fluß hat fließendes, der Teich stehendes Wasser.

Unterschied zwischen Ochse und Kuh?

Die Kuh ist weiblich, der Ochse männlich.

Eine vierstellige Zahl ist nach etwa zwei Minuten ganz vergessen.

Was bedeutet der Deutsche Reichstag?

Er bedeutet die Politik für das Deutsche Reich.

Was macht er?

Er ordnet sämtliche Fraktionen und wirkt darauf ein, daß es keine Sozialdemokraten mehr gibt.

Was macht er vor allen Dingen?

Er bewilligt die Gelder.

Wenn ein Kapital zu 3000 Mark 3 Jahre zu 4 % aussteht, wieviel Zinsen?

Ist gar nicht auszurechnen (will anscheinend nicht nachrechnen, ist schwer zu fixieren).

Das kann ich nicht, und kein Mensch ausrechnen.

10 × 19? = 135. Legen Sie mir bitte nicht solche Fragen vor.

5 × 19? = 0. Kann ich nicht ausrechnen. (Schüttelt den Kopf.) Ich kann wohl mit Tausenden rechnen, aber das nicht.

6000 × 6000? = 36 000.

Ihre Rechnung stimmt nicht.

Wieviel ist eine Milliarde?

1 Milliarde ist 1 000 000 × 1 000 000.

Was heißt Zinsfuß?

Wenn ich ein Kapital habe und es wird verzinst mit 4, 5, 6, 8 %, dann ist es ein Zinsfuß.

Was bedeutet ein Wechsel?

Ein Wechsel kann entweder ein Sichtwechsel oder ein anderer Wechsel sein; ein Sichtwechsel muß unterschrieben sein, ein anderer nicht.

Mit was haben Sie gehandelt?

Mit Kolonialwaren und Delikatessen.

Was kostet das Pfund Weizenmehl 00? = 15—20 Pf.

Was kostet eine gute Flasche Wein?

3 M., ich habe auch bessere gehabt für 60 M. aus den fürstlichen Häusern.

Wer hat den gekauft?

Niemand, den habe ich allein getrunken.

Fühlen Sie sich glücklich?

Sehr glücklich. Bin der glücklichste Mensch von der Welt. Habe körperliches Wohlbefinden, mir ist sehr leicht ums Herz!

Haben Sie viel Kraft?

Bedeutende Kraft. Alles ist an mir sehr gesund. Bin in meinem Leben noch nicht krank gewesen. Es ist mir sehr leicht ums Herz, weiß nicht, wo mein Herz liegt. Bin riesig glücklich.

Krank sind Sie nicht? Nein, nein!

Haben Sie Schmerzen im Leibe? Nein.

Sind Sie glücklich? Ja.

Gescheidt? Ja.

Haben Sie viel Geld? Ja, meine Verwandten sind auch alle sehr reich.

Schmeckt das Essen? Jawohl, sehr gut.

Haben Sie immer Hunger? Ja. Jetzt habe ich keinen. Das Essen war ja so vorzüglich, daß man nur einmal zu essen braucht; man kann ja alles beim Liegen nicht so schnell verdauen.

Sind Sie verlobt? Ja, sowie ich zurückkomme, werde ich heiraten.

Wissen Sie, wo Sie hier sind? In der Nervenheilanstalt in Halle. Es hat mich derartig gefreut, daß ich jedem, der ein derartiges Leiden hat, die Anstalt empfehlen werde. Ich fühle mich hier ganz wohl; wenn ich nicht den Gasthof hätte, bliebe ich hier. Das Essen ist gut; das eine gefällt mir nicht, das hier im Lande die Leute so traktiert werden, das würde bei mir nicht vorkommen.

Was waren die Vorgänge dazu, daß Sie hierher gekommen sind? Ich wollte nach Petersburg fahren, wo ich einen Wechsel von 30 000 M. bezahlen wollte. In Leipzig vom Berliner nach dem Thüringer Bahnhof D-Zug I. Kl. wurde ich überfallen und hat mir jemand etwas in die Nase geträufelt, wonach ich drei Tage besinnungslos war. Dann bin ich wieder zu mir gekommen und darauf fuhr ich nach Halle. In Halle wurde ich arretiert, in die gemeinste Zelle gesperrt und an die Wand mit Eisenketten geschmiedet. Nachdem ich zu den Menschen sagte: mich könnt Ihr erschießen, mir könnt Ihr das Herz rausreißen, aber Ihr seid morgen alle tot, keiner ist mehr am Leben, Ihr seid alle erschossen! wurden sie leichenblaß und haben mich trotzdem noch fünf Stunden eingeschlossen dort behalten. Sie haben mir zwei Lotterielose, Tausende von Legitimationen, bezahlte Rechnungen mit meiner Firma usw. und alles andere gestohlen! — Darauf kam ich in ein Lokal, wo genau dieselbe Sache war. Ich hatte aber solche Kräfte, daß ich jeden, der mir in den Weg kam, an die Wand schmiß. Aus dem Lokal wollten mich zwei Verwandte (Neffen) aus Weißenfels retten. Vor der Droschke standen Tausende von Menschen, die alle gegen mich waren. Was nun aus meinen Neffen geworden ist, weiß ich nicht. Hierauf wollte ich hier in Halle ein Dampfbad nehmen, ich wurde von einem Wärter von hier dorthin gebracht. Nach dem Bad bin ich eingebettet worden.

Sie kennen den Kaiser, wie heißt er? Seine Majestät, Kaiser Wilhelm II., König von Preußen, Deutscher Kaiser. Ich bin täglich mit ihm zusammen.

Wobei denn? Überall bei sämtlichen Sachen. Auf dem Schiffe über die ganze Welt, in seinen Palästen. Wir trinken nur zusammen Sekt, bin bei allen Diners usw. dabei.

Wie begrüßen Sie sich mit ihm? Er küßt mich jedesmal ab.

Wie unterhalten Sie sich denn? Über alles, hauptsächlich über die Heeresorganisation, über innere und äußere Politik. Wir werden nicht fertig mit der Unterhaltung, da ist so viel zu sprechen, daß man nicht fertig wird. Graf Hülsen-Häseler ist der größte Feldherr, der nimmt jedesmal beim Manöver den Kaiser gefangen!

Im Manöver sind Sie auch beim Kaiser? Im Gefolge. Bin jedesmal in der Nähe des Kaisers: bei Kircheneinweihungen, bei Denkmalseinweihungen usw.

In die Familie kommen Sie aber nicht? Da sind alle immer da, das sind alles Hofdamen! — —

Dieser Paralytiker mit ganz ausgesprochenen Größenideen, der Milliarden und Millionen hatte, zeigte zugleich auch ein merkwürdig körperliches Glücksgefühl, er sei der kräftigste und glücklichste Mensch auf der Welt, es sei ihm so leicht ums Herz. Er sei klug und gescheidt, er kenne den Kaiser, sei täglich mit ihm zusammen. Er sei so groß wie das Zimmer, könne sich breit machen bis zur Decke und alles machen wie ein Walfisch, er habe mehr Kraft als 10 Männer.

Wir sehen hier mit dieser körperlichen Desorientierung, und zwar nach der expansiven Seite, parallel die Größenideen gehen, letztere scheinen wie ein Abglanz des körperlichen Glücksgefühls produziert zu werden. Bei diesem Kranken versuchte ich nun, ein körperliches Mißbehagen zu erzeugen.

Ich habe dem Kranken, um ihn wesentlich herabzustimmen, einige Löffel Ricinusöl mit zwei Tropfen Crotonöl gegeben. Während er am Morgen des 10. Januar noch ausgesprochene Größenideen hatte, 1000 Milliarden besaß, König war, den Deutschen Kaiser heute sehen wird, so kräftig ist, daß er fünf Mann hinschmeißt und der glücklichste Mensch der Welt ist, war abends das Bild folgendes: Nicht mehr so euphorisch. Stimmung etwas niedergedrückt. Hatte Durchfall von Mittag ab, keine Leibschmerzen, war vier- bis fünfmal ausgetreten.

Sind Sie schlapp? Ja, ein bißchen.

Vom Kaiser will er absolut nichts mehr wissen; das Geld will er sich allein verdienen.

Haben Sie Millionen? So schlimm ist es jetzt noch nicht.

Kommen Sie mit dem Kaiser zusammen? Nein, nein! — Ich werde vielleicht 100 000 M. haben. So viel Geld habe ich nicht.

Abends wollte er also vom Kaiser nichts mehr wissen, er habe auch kein Geld, habe keine Millionen, er war auch im ganzen viel ruhiger, geordneter, zugänglicher. Er fühlte sich zwar gesund, sagte aber, er fühle sich schlapp nach den Durchfällen. Die ganzen Größenideen waren wie verflogen, um am nächsten Morgen mit der alten Stärke wiederzukehren.

Wir sehen auch, daß der Kranke ein ganz gutes Urteil hat, daß er zwar Fehler macht beim Rechnen; aber bei diesen Fehlern kann man nicht angeben, ob es bloß Denkfaulheit ist oder Zerstreutheit, denn zweimal rechnet er ganz gut, und er sagt ja selbst: „Kommen Sie mir nicht mit solchen Sachen!" Wir haben hier ebenfalls eine Analogie mit den Hebephrenen, der „Dementia präcox", die Leute erscheinen dement, weil sie verkehrte Antworten geben, und dabei sind sie häufig bloß denkfaul.

Es gibt wohl selten solche Fälle von Somatopsychose, wo das körperliche Kraftgefühl und die Größenideen so Hand in Hand gehen. Der Kranke zeigte auch diese Erscheinungen häufig. So hatte er zeitweise Asthmabeschwerden, behauptete dann, ein Turm liege auf ihm, und war äußerst deprimiert. Er war bald wieder so groß wie das Zimmer, konnte sich breit machen bis zur Decke, dann hatte er Millionen, 1000 Rennpferde, Millionen Löwen usw., bald wieder hatte er keine abnormen körperlichen Sensationen, war so groß wie ein anderer Mensch und äußerte absolut keine Größenideen.

Ich habe gerade bei diesem Fall versucht, auf die „Splanchno-Psyche" zu wirken, weil ja nach den ganzen Erfahrungen der Bauchsympathicus wohl am meisten die Organempfindungen leitet. Wie, das wissen wir noch nicht; aber die angeführten Beispiele lassen eine solche Annahme wahrscheinlich erscheinen.

Eine Paralytica, welche zwar ziemlich dement war und auch ganz heiterer Stimmung, fragte ich eingehend nach Größenideen aus, ich konnte aber nichts Derartiges auffinden. Als ich sie nun nach ihrem körperlichen Zustand fragte, da meinte sie, sie wäre manchmal etwas matt, sie wäre nicht kräftiger als andere usw., also keine Spur von der schon erwähnten merkwürdigen körperlichen Desorientierung.

Paralytiker, welche äußere Verletzungen erlitten haben, Zahnschmerzen haben usw., könnte man nun auch als herabgestimmt in ihrem körperlichen Wohlgefühl betrachten. Dies ist sicher auch der

Fall, aber äußerer Schmerz ist lange nicht gleich zu setzen den eigentümlichen Organempfindungen, dem Kraftgefühl oder dem Nichtigkeitsgefühl, das die Paralytiker so häufig äußern.

Ich möchte noch einen Fall kurz erwähnen, weil er sehr schön charakterisiert, wie bei tadelloser Intelligenz doch die unsinnigsten Größenideen möglich sind.

Fall 3. — W. W., Schlosser, 36 Jahre alt, aus Berlin, wurde aus dem hiesigen Strafgefängnis gebracht, wohin er gebracht worden war wegen Hausfriedensbruchs. Wegen Geisteskrankheit war er exkulpiert worden. Der Kranke selbst gibt an, daß er früher Schanker gehabt habe.

Der Befund ergab: etwas schlecht genährter Mann. Die Pupillen sind mittelweit, reagieren prompt auf Lichteinfall, sind etwas entrundet. Rechte Sehnervenpapille etwas blaß, die linke ist nicht zu sehen wegen Trübung der Linse. Die Zunge wird gerade herausgestreckt, es besteht kein Zittern derselben. Der rechte Patellarreflex ist herabgesetzt, der linke gesteigert. Es besteht kein Babinski. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt kein Schwanken auf. Die Herztöne sind rein. Die Lungen sind ohne Besonderheit. Silbenstolpern ist angedeutet bei schweren Worten.

Wie kommen Sie auf die Automobile? Ich habe auf den Werften gearbeitet mit Stemmen und Nieten.

Wieviel Automobile haben Sie gebaut? 10 000 Stück. Ich schicke Ihnen auch sofort eins, mir soll es recht sein, mir liegt nichts an die Dinger.

Wieviel Geld haben Sie? Ich habe 2½ Millionen in der Lotterie gewonnen. War auch in Chicago, St. Francisco, St. Louis usw., habe dort viel Geld verdient. (Spricht gebrochen Englisch.) Von der Regierung hatte ich 30 Plantagen gekriegt, jede zu 30 000 Acres. Das Vieh hierzu wurde vom Staat gestellt. Mein Vieh lag unter den Ahornbäumen; ich hatte mir von Beton Tröge gegossen, die fraß das Vieh und kein Gras mehr. Hierfür wurde ich angezeigt. Die Schweine wurden nicht geschlachtet, sondern mit Cocain begossen und mit Eis und Ammoniak behandelt.

Wie heißt der Deutsche Kaiser? Wilhelm.

$6 \times 7\ ? = 42.$

$9 \times 18\ ? = 162.$

$16 + 17\ ? = 33.$

Unterschied zwischen Fluß und Teich? Der Fluß läuft, der Teich bleibt stehen.

Die Merkfähigkeit ist nicht herabgesetzt.

Er gibt noch selbst an:

Im ganzen bin ich zu 6 Monaten Gefängnis verurteilt wegen Bedrohung. Ich legte Berufung ein und beantragte Haftentlassung, wurde aber damit abgewiesen, und wurde mir auch keine Gelegenheit zum Schreiben gegeben. Ich war zuerst vier Wochen im Gefängnis in Dortmund, dann wurde ich nach Lingen überführt, wo ich auch vier Wochen war

bis 1. Januar 1908, und kam dann nach Halle ins Gefängnis. Hier wurde ich der Irrenabteilung überwiesen, weil sie annahmen, daß meine Angaben wegen der von mir erfundenen Automobile, welche das Getreide säen, ernten, dreschen und auch gleichzeitig das Brot backen, verrückte Ideen wären, und mich für geisteskrank hielten. Ich habe auch Kartoffelaufwerf- und Aufnehmemaschinen, Rüben- und Heuaufnehmer erfunden, ebenso ein Luftschiff nach Zeppelinschem Muster, welches aber durch Druckluft getrieben wird.

Mit den 2 ½ Millionen, die ich in der Lotterie gewonnen habe, wofür ich die Lose habe, das Geld liegt bei Carl Heintze in Berlin, Unter den Linden, habe ich eine Automobil- und Aluminium-Fabrik zur Verwertung meiner vielen Patente begründet. Dieselbe besteht schon ¼ Jahr in Berlin (früher Steffen und Nölle, Schiffbauerdamm, mit denen ich mich soziiert habe). Ich beschäftige vorläufig zehn Arbeiter, welche 75 Pf. Stundenlohn kriegen.

Ich verlange von dem Gericht, welches mich verurteilt hat, eine Entschädigung von 2 M. pro Stunde, die ich nach den Berliner Tarifverhältnissen als Monteur, Vorarbeiter und Kunstschmied zu fordern habe, 25 % Zuschlag und das Fahrgeld von Essen nach Berlin III. Kl., 20 M. und 20 M. Entschädigung. Ich will nur Papier und Tinte haben zum Schreiben, dann muß ich morgen gleich frei kommen.

Wieviel Automobile haben Sie? 100 Stück.

Wieviel Männer schmeißen Sie hin? 10—15.

Sind Sie glücklich? Ja, bloß die Freiheit fehlt mir.

Sind Sie gesund? Wenn ich noch alle Tage 300 Pfund drücken kann, dann bin ich noch ein kräftiger Kerl. Habe schwere dänische Pferde unter den Bauch gefaßt und hochgehoben, habe Elefanten am Gerüst hoch gehoben.

Wie groß sind Sie? 1,76 m, nicht größer als andere Menschen. Gesünder bin ich. Gehirn ist gut, ausgezeichnet sogar, es hat schon mancher Doktor gesagt, um die Gedanken, die der hat, ist er zu beneiden. Bin Preisrichter gewesen als Athlet. Es kommt nicht auf die Muskeln an, sondern nur auf den Griff, wie man den Mann faßt. (Macht die entsprechenden Bewegungen und Handgriffe.)

Wieviele Automobile schenken Sie mir? 10 Stück. Ist ja doch nur 10 Minuten Arbeit. In 10 Minuten wird eins fertig. gemacht. Wird nur die Luft reingelassen und dann der Zement reingemacht, dann ist es fertig.

Im Laufe der Behandlung war der Kranke außer Bett. Er wurde erregter und versuchte auch einmal, die Wärter in einer Zelle einzuschließen und zu entfliehen. Als er wieder dauernd in Bettruhe gehalten wurde, war er gleichmäßig zufrieden und zugänglich. Er machte auch Zeichnungen von den Luftschiffen, die er erfunden hatte, zum Teil ganz gut. Einige schwarze Flecken an der Wand bezeichnete er als Lungen-

substanz, die er ausgehustet; er müsse deshalb nach der Lungenheilstätte.

Wir sehen also hier, daß anscheinend zwar hypochondrische Ideen bestehen, aber sie sind nicht so aufzufassen. Der Kranke erzählt sie mit dem vergnügtesten Gesicht und renommiert nur mit seiner ausgehusteten Lunge; es wäre ganz verfehlt, wollte man aus solchen hingeworfenen Renommistereien etwa schließen, daß der Kranke Schmerzsensationen in der Lunge habe.

Der rechte Patellarreflex erlosch bald ganz. Die Pupillen reagierten träge, dagegen war das Silbenstolpern nie recht deutlich, auch die Sprache war nicht vibrierend, sondern tadellos. Der Gesichtsausdruck des Kranken war ein attenter und erinnerte durchaus nicht an einen Paralytiker.

Rechenaufgaben und andere Probleme löste er recht gut. Für die sinnlosen Größenideen des zweiten Falles hatte er eine tadellose Einsicht, er behauptete, es sei alles Schwindel, es sei unmöglich, nur seine eigenen Größenideen hielt er nicht für Unsinn. Ebenso bezeichnete der Fall 2 die Größenideen des Patienten als Unsinn, als Schwindel. Es war sehr reizvoll, zu beobachten, wenn die beiden Kranken sich miteinander unterhielten, wie sie sich durch Erzählung ihrer Größenideen immer mehr in das Phantastische hineinsteigerten und nachher sich gegenseitig Schwindler und Windbeutel schimpften.

Wie etwa ein Paranoiker für die Wahnideen anderer ein ganz richtiges Urteil hat und solche Leute als geisteskrank bezeichnet, sogar solche Wahnideen, die er selbst hat, bei andern verdammt, nur für seine eigenen Wahnideen absolut keine Einsicht zeigt, so verhält sich auch der Paralytiker. Bei der Paranoia ist nicht etwa die Intelligenz schlechthin betroffen, sondern es handelt sich um die Erkrankung eines bestimmten Bewußtseinsgebietes, so daß der Kranke nur bezüglich ganz bestimmter Vorstellungskomplexe, hinsichtlich der Beurteilung seiner Persönlichkeit, so „dement" erscheint.

Der letzte Fall hatte eine wirklich gute Schulbildung, eine außergewöhnliche Intelligenz — und solch ein Mann behauptet, er könne ein Automobil in 10 Minuten bauen! Das sind schwer verständliche Widersprüche.

Ich habe ferner bei zwei Paralytikern versucht, die Darmfäulnis zu vermindern durch Darreichung von 0,1 g Calomel viermal täglich,

zwei hohen Einläufen, morgens und abends, und fast ausschließlicher Brotnahrung, nur etwas süßer Tee wurde noch gegeben. Die beiden Leute hatten starke Größenideen entwickelt, und es war auffällig, wie ruhig und deprimiert sie beide am ersten Tage dalagen, von Größenideen war überhaupt nichts mehr zu erfahren. Erst in den späteren Tagen traten diese trotz gleicher Ernährung doch wieder auf. Es ist wahrscheinlich, daß die plötzliche Herabstimmung durch energische Laxation die ganze Euphorie stark beeinträchtigt hat, späterhin war Gewöhnung eingetreten; jedenfalls waren die Kranken am dritten oder vierten Tag nicht mehr so hinfällig.

Verschiedene manische Kranke habe ich daraufhin befragt, ob sie etwa sich körperlich besonders wohl fühlten, ich erhielt von ihnen zur Antwort, daß sie sich so frei, so leicht fühlten, es sei ihnen so leicht ums Herz. Bei einigen Manischen mit Größenideen habe ich besonders ausgesprochen diese somatopsychische Desorientierung vorgefunden. Es würde mich zu weit führen, wenn ich die Symptomatologie der Manie eingehend besprechen wollte.

Zusammenfassung. — Wir sehen, daß die Demenz sicher nicht wesentlich ist für das Zustandekommen der Größenideen. Wenn sie, wie häufig, sich mit ihnen zusammen findet, so führt sie doch nicht als solche zu Größenideen, denn es gibt manche sehr demente Paralytiker ohne irgendwelche Größenvorstellungen.

Andererseits ist diese eigentümliche somatopsychische Desorientierung, wenigstens bei den erwähnten Fällen, sehr wohl als Hauptbedingung für die Größenideen zu betrachten. Dieses abnorme Kraftgefühl, vielleicht auch der Mangel an unangenehmen physiologischen Sensationen, die uns ja immer zum Maßhalten in dem Gebrauch unserer Kräfte zwingen (Anstrengungs- und Müdigkeitsempfindungen), wird wahrscheinlich in krankhafter Weise verarbeitet. Es mag eine Hypersensibilität der Rindenpartien, wo die Sensationen und Organempfindungen lokalisiert zu denken sind, bestehen, es mag ferner, wie dies besonders beim Paralytiker auch im Stoffwechsel so klar zutage tritt, die Labilität des Gehirns sich in der Reaktion auf periphere Reize demonstrieren.

Wenn uns solch ein Kranker mit Größenideen nichts über Sensationen erzählt, so darf nicht einfach gefolgert werden, daß er sie nicht habe. Wir beobachten ja bei Geisteskranken häufig, daß sie

über sich selbst gar nicht Bescheid wissen, daß sie ganz ratlos sind, daß sie ihren eigenen Zustand gar nicht beurteilen können. Ein Kranker mit einer Angstneurose klagte mir lebhaft über Angst; als er nun direkt psychotisch wurde und dabei einen schwer ängstlichen Gesichtsausdruck hatte, da stellte er durchaus in Abrede, daß er überhaupt Angst habe.

Selbstverständlich ist die frühere Tätigkeit des Paralytikers, sein früherer Gedankenkreis, auch von Einfluß auf die Art der Größenideen. Ob es wirklich frühere Enttäuschungen und unerfüllte Träume sind, die sich jetzt ungehemmt Bahn brechen?

Wir haben bei den erwähnten Fällen eine körperliche Desorientierung, ein hypochondrisches Glücksgefühl, eine Steigerung der Organempfindungen ins Pathologische als Grundlage des Größenwahns kennen gelernt. Es fragt sich, woher diese abnormen Organempfindungen kommen. Wir können uns vorstellen, daß ein labiles Gehirn, wie es der Paralytiker hat, in ganz anderer Weise auf periphere Reize reagiert, als das gesunde Gehirn des Tabikers, und daß so auch einmal die peripher entstehenden krankhaften Sensationen aus dem Sympathicusgebiete eine Rolle spielen können bei den hypochondrischen Sensationen.

Der Paranoiker, der ja auch oft an Sensationen leidet, bezieht diese auf andere Menschen. Der Paralytiker aber verwertet seine Sensationen autopsychisch. Es wäre zu untersuchen, ob diese Verschiedenheit der „Wahnbildung" auf der Art der Sensationen beruht oder durch die verschiedenartige Erkrankung des Gehirns bedingt wird; das letztere scheint wahrscheinlicher zu sein.

Es ist das Stirnhirn, das bei der progressiven Paralyse hauptsächlich betroffen wird, und in diesem müssen wir auch mit großer Wahrscheinlichkeit die wesentlichen Bestandteile des anatomischen Substrates des Bewußtseins der Körperlichkeit suchen.

Diese Annahme ist zurzeit von *Kleist*[1]) näher begründet worden. Er führt die vorliegenden Daten für dies und jenes an und hebt als besonders wichtig hervor, daß die dem Großhirn vom Kleinhirn her zufließenden Erregungen ebenfalls ihren Weg zur Stirnhirnrinde neh-

---

[1]) Untersuchungen zur Kenntnis der psychomotorischen Bewegungsstörungen bei Geisteskranken. Leipzig, Verlag von Klinckhardt 1908.



men, und daß gerade diese für das Bewußtsein der Körperlichkeit von großer Bedeutung sein müssen. Bezüglich der Einzelheiten sei auf die Arbeit von *Kleist* hingewiesen.

Auch bei Hebephrenen, bei denen ja häufig krankhafte Organempfindungen auftreten (und ebenso auch Größenideen) muß man darnach eine Stirnhirnerkrankung annehmen. In dieser Beziehung ist interessant, daß die Hebephrenen auch im Stoffwechsel Analogien mit dem Paralytiker zeigen, beide Erkrankungen neigen zu zeitweise starken Retentionen von Stickstoff und zu schweren Störungen der Wasserbilanz, beide Erkrankungen zeigen auch häufig vasomotorische Reiz- und Lähmungserscheinungen. Es ist sicher nicht richtig, wenn man etwa die vasomotorischen Psychosen als besondere Gruppe abtrennen will: sogar bei einem und demselben Kranken trifft man hier große Schwankungen, man denke nur an die Epileptiker. Es scheinen aber vasomotorische Begleiterscheinungen, wie sie besonders bei den autochthonen Ideen von *Wernicke* beschrieben sind, bei manchen Krankheitsphasen aufzutreten; ich erinnere hier an die autochthonen Ideen der Epileptiker, wo die Kranken oft mit hochrotem Gesicht phantastische Größenideen produzieren.

Es können auch Muskelsensationen zu Größenideen führen, wie sie besonders bei den hyperkinetischen Hebephrenen auftreten, die — vielleicht infolge von Ausbleiben physiologischer Ermüdungserscheinungen — angeben, es sei ihnen so frei ums Herz, sie seien so leicht, daß sie fliegen könnten usw. Und dann erzählen sie weiter, sie seien der Sohn Gottes, Abgesandte des Himmels usw. Vielleicht ist es sogar die Ratlosigkeit gegenüber solch einem ungewohnten Körperbewußtsein, welches die Geisteskranken zum Größenwahn führt.

Es ist oft der Kontrast betont worden zwischen den gewaltigen Ambitionen der Paralytiker und ihren tatsächlichen Verhältnissen: *als* Kaiser liegen sie in einfachen Betten und essen gewöhnliche Hausmannskost. Wir sehen, daß den Kranken meist das zum Teil stereotype Vorbringen ihrer Größenideen als Ausfluß ihres hypochondrischen Glücksgefühls genügt. Ich erinnere an die Tatsache, daß Menschen, die eine große Freude erfahren haben, ihr Glück allen Möglichen erzählen müssen.

Wenn nun sogar solche Kranke schimpfend und mißmutig ihre Größenideen produzieren, so dürfen wir nicht etwa annehmen, daß

sie ohne körperliches Wohlgefühl seien. Ein solches kann ganz gut neben bzw. im Hintergrunde hinter anderen, auch manchmal peinlichen Körperlichkeitsempfindungen bestehen.

Wir haben also bei einigen Fällen von progressiver Paralyse mit Größenwahn vor allen Dingen eine somatopsychische Desorientierung konstatiert: ein pathologisch gesteigertes Glücks- und Kraftgefühl, das die daran Leidenden Größenideen zu produzieren zwingt.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Forensisch-psychiatrische Vereinigung zu Dresden.

5. Sitzung des Winterhalbjahres 1907/8 am 30. März 1908.

Herr Landgerichtsdirektor Dr. *Becker*-Dresden: Einige Bemerkungen zum Entwurf eines Gesetzes über die Fürsorgeerziehung im Königreich Sachsen. — Die elterliche Erziehungsgewalt gibt das Recht und die Pflicht, in einer den Interessen, den Fähigkeiten und den sonstigen Verhältnissen des Kindes entsprechenden Weise für dessen körperliche, geistige und sittliche Ausbildung zu sorgen. Jede gesetzliche Entziehung dieses Rechts muß mit ihrer Abweichung von der natürlichen Ordnung der Dinge auf diejenigen Fälle beschränkt bleiben, wo sie durch zwingende Gründe geboten erscheint. Was zwingend sei, wird allerdings Ethik und soziales Gewissen, die hier allein die Abweichung von der natürlichen Norm rechtfertigen können, stets verschieden beantworten. Zweierlei wird man aber bei jeder zwangsweisen Beseitigung der natürlichen Träger elterlicher Gewalt stets im Auge zu behalten haben. Insoweit sie in Rechte eingreift, die das einfachste Verstehen und Begreifen gibt und fordert, wirkt die Zwangserziehung als die Expropriation, die Enteignung auf einem Gebiete, auf dem jede gewaltsame Besitzentsetzung durch Naturrecht ausgeschlossen gelten sollte. Insofern aber die Zwangserziehung auf die Abnahme von Pflichten hinauskommt, die in ihrer Begriffsnotwendigkeit den Ausgangspunkt aller menschlichen und kulturellen Entwicklung bilden, wird ihre Verallgemeinerung und *Erleich*terung leicht die Grundpfeiler unserer gesellschaftlichen Ordnung erschüttern, die in dem Familienverband die ersten Elemente jeder staatlichen Organisation erblickt.

Die Zwangserziehung wird und muß daher stets ein Notbehelf bleiben.

Unbeschadet der Vorschriften in §§ 55, 56, 362 StGB. beschränkt das Reichsrecht die Landesgesetzgebung in Ansehung der Regulierung der Zwangserziehung ausschließlich durch den Art. 135 des Einführungsgesetzes zum BGB., und zwar auch hier nur insoweit, als es sich um

Zwangserziehung im engeren Sinne, d. h. um diejenige Zwangserziehung handelt, die eintritt

a) gegen den Willen des Erziehungsberechtigten,
b) unter öffentlicher Aufsicht durch die staatliche oder kommunale Verwaltung.

Sachsen hatte bisher, anders wie die 26 übrigen Bundesstaaten, noch keine durchgreifende gesetzliche Regelung der Zwangserziehung für Minderjährige, die es in seinem jetzigen Entwurf nach dem Vorgang Preußens „Fürsorgeerziehung“ nennt. Man war auf die Armenordnung verwiesen, die anders als z. B. in Preußen auch die Kindererziehung zum Gegenstand der Armenpflege macht. Außerdem bietet das Volksschulgesetz die Möglichkeit, unter bestimmten beschränkten Voraussetzungen schulpflichtige Kinder der Zwangserziehung zu überweisen.

Der jetzige Entwurf eines Fürsorgegesetzes bringt mit einigen nicht unwesentlichen Veränderungen dasjenige, was der bereits 1901-02 vorgelegte, aber nicht zur Durchberatung genommene Entwurf vorgeschlagen hat. Auch dieses Mal ist Preußen, wenn schon nicht in dem früheren Umfang, vorbildlich geblieben. Der Vortrag bezielt nur die Besprechungen einiger Punkte, die vor allem vom richterlichen und ärztlichen Standpunkte angeregt werden möchten.

1. Mit der Beschränkung der Fürsorgeerziehung zur Verhütung sittlicher Verwahrlosung wird man sich wohl einverstanden erklären müssen. Wollte man schlechthin, wie es Preußen tut, bloße körperliche oder geistige Verwahrlosung genügen lassen, so würde damit dem Gesetze eine Verallgemeinerung gegeben sein, die die ganze Institution gefährden kann. Insoweit verdient das badische Gesetz, dem der Entwurf folgt, den Vorzug. Aber man wird den Beweis eingetretener sittlicher Verwahrlosung wesentlich erleichtern und ihn jedenfalls da als erbracht bezeichnen müssen, wo die Voraussetzungen der §§ 1666, 1838 BGB. oder des § 55 StGB. gegeben sind. Liegt derartig gekennzeichnete geistige oder körperliche Verwahrlosung vor, so wird regelmäßig auch der Kausalitätszusammenhang im Sinne sittlicher Verwahrlosung angenommen werden dürfen. Eine derartige Umgestaltung der Beweisfrage dürfte aber um deswillen besonders warm empfohlen werden, da es vor allem darauf ankommt, rechtzeitig und nicht erst dann mit der Fürsorgeerziehung einzusetzen, wenn sie wegen des Grades bereits eingetretener sittlicher Verwahrlosung besonderen Schwierigkeiten begegnet.

2. Durch die Erleichterung der Beweisfrage würde dann auch die Unterbringung Minderjähriger als Gegenstand der Armenpflege gewiß zugunsten von Einrichtungen eingeengt werden, die auf einem sozial höheren Niveau als jene stehen.

3. Zu begrüßen ist es, daß der Entwurf anders wie in Preußen die Fürsorgeerziehung nicht schlechthin nur als subsidiäre Maß-

regel und nur dann zuläßt, wenn alle anderen zu diesem Zwecke etwa gegebenen Mittel erschöpft sind.

4. Zweifelhaft kann es sein, ob der Entwurf das Richtige getroffen hat, wenn er die Fürsorgeerziehung in der Regel auf Minderjährige bis zum vollendeten 16. Lebensjahr beschränkt. Sicher ist zwar, daß eine in späteren Lebensjahren einsetzende Sittenpädagogik zumeist weniger aussichtsreich erscheint und daher die Fürsorgeerziehung durch generelle Übernahme derartiger schwer umbildungsfähiger Elemente leicht gefährdet werden kann. Aber angesichts der Tatsache, daß die kriminell gewordene, sittlich entartete Jugend nach § 56 StGB. noch der Fürsorgeerziehung überwiesen werden kann, möchte man konsequenterweise dies auch dort zugestehen, wo bisher nur die Besorgnis krimineller Betätigung, und zwar gleichfalls auf der Basis sittlicher Entartung, gegeben ist. Zudem kommt, daß die Fürsorgeerziehung nach dem Entwurf grundsätzlich bis zur erreichten Volljährigkeit ausgedehnt werden soll. Damit ist aber eine hinreichende Dauer der Erziehung auch in denjenigen Fällen gesichert, wo sie erst nach dem 16. Lebensjahr einsetzt.

5. Es muß verlangt werden, daß auch die Anstaltserziehung einen mehr familiären Charakter erhält, unter Zuziehung von Frauen. Auch muß der begriffliche Unterschied zwischen Erziehungsanstalt und Besserungsanstalt festgelegt werden, und zwar nach dem Grade der drohenden bzw. bereits eingetretenen Entartung. Letzteres schon um deswillen, um die Gefahren wenigstens einigermaßen zu beseitigen, die durch besonders entartete Zöglinge den übrigen Insassen gebracht werden. Diese Gefahren sind aber in großen Anstalten derartige, daß sie nicht selten den ganzen Zweck vereiteln. Man denke nur an die Unzucht, die sich nachts auf einem Schlafsaal abspielen kann, der von 60—80 unbeaufsichtigten, in der Pubertätsentwicklung stehenden, sittlich nicht mehr intakten Knaben bewohnt wird.

6. Weiter muß verlangt werden, daß bei aller Fürsorgeerziehung ärztliche Beobachtung und Behandlung auf psychiatrischer Grundlage angeordnet sei. Die Wahrnehmungen von Dr. *Siefert*, als leitendem Arzt der Beobachtungsabteilung für geisteskranke Gefangene in Halle a. S., erscheinen hier beweiskräftig genug. Werden sie doch auch durch die Alltagserfahrungen bestätigt.

7. Wenn der Entwurf, wie auch in anderen Bundesstaaten und konform der bisherigen reichsgesetzlichen Regelung (§ 56 StGB.), dem Vormundschaftsrichter nur den Beschluß zuweist, daß eine Fürsorgeerziehung stattfinden solle, die Bestimmung der konkreten Form der Fürsorgeerziehung aber der Verwaltungsbehörde überträgt, so muß eine derartige Doppelteilung den Richter in schwere Gewissensnot bringen Denn die verschiedenen Formen der Fürsorgemaßregeln, Familienerziehung. Erziehungsanstalt, Besserungsanstalt sind doch nichts Gleichwertiges.

Die Verfügung des Richters bezielt aber doch mit der Entziehung des Kindes aus seinen bisherigen Verhältnissen zugleich dessen Erziehung. Es muß ihm daher auch die Wahl überlassen bleiben. Wenn man jetzt überall dem Schlagwort der „Weltfremdheit" des Richters begegnet und darunter Vorgänge versteht, bei denen der Richter in Unkenntnis realer Wirklichkeit handelt, so wird ihm diese Weltfremdheit vom Gesetzgeber aufgezwungen. Dies in einem Augenblick, wo er ein Menschenschicksal recht eigentlich in die Hand nimmt.

8. Die Beschleunigung des Verfahrens, die mit der Einheitlichkeit des Fürsorgeerziehungs-Beschlusses zu erwarten wäre, würde auch dadurch gefördert werden können, daß überall der Stadtrat bzw. der Amtshauptmann die Ausführungsbehörde abgäbe und nicht der jetzt hierfür gedachte Bezirksausschuß. Erwünscht wäre solchenfalls im Rahmen des jeweiligen größeren Bezirksverbandes, dem die gemeinsame Kostenpflicht der Fürsorgeerziehung zufällt, die Bildung eines Erziehungsamtes, dem auch der Vormundschaftsrichter und die Anstaltsleiter des betreffenden Bezirks anzugliedern wären.

9. Hinsichtlich der Kosten, von denen bei Armut des Zöglings und seiner Unterhaltungspflichtigen der Kommunalverband ½, der Ortsarmenverband ¼ und der Staat ¼ nach dem Entwurfe tragen soll, müßte eine stärkere Beteiligung des Staates angeordnet werden. Hat er doch, wie auch die Motive anerkennen, wesentlich pekuniäre Vorteile von einer straffen Durchführung der Fürsorgeerziehung. Seine Leistungen auf dem Gebiete des Gefängniswesens, der Korrektionsanstalten, des Landarmenfonds werden sich nicht unerheblich mindern. Auch ist es gewiß in erster Linie Pflicht des Staates, die Kosten einer Sozialpolitik zu tragen, die in der Herabdrückung krimineller Schädigung seiner Untertanen ihr eigentliches Ziel sieht.

10. Wenn schon der Armenverband auch bei der eigentlichen Fürsorgeerziehung einen Teil der Kosten zu tragen hat, beseitigt der Entwurf das Odium des Almosenempfanges doch nur in denjenigen Fällen, wo die Verhütung sittlicher Verwahrlosung in Frage steht. Macht leibliche Verwahrlosung oder bloße Armut das Eintreten des Armenverbandes notwendig, so soll die Unterstützung nach wie vor unter den Gesichtspunkt der Armenpflege gebracht und mit dem Verluste staatsbürgerlicher Rechte belegt werden. Damit würde gewissenlosen Eltern der Ausweg nahegelegt sein, ihre Kinder sittlich verwahrlosen zu lassen, um auf diese Weise die Wirkungen eines Almosenempfanges zu beseitigen. Will man aber die Verhütung sittlicher Verwahrlosung der heranwachsenden Generationen als soziale Pflicht der Allgemeinheit betrachtet wissen, so darf man nicht bei Bekämpfung derjenigen Vorgänge, die wie die Armut und körperliche und geistige Gefährdung den eigentlichen Nährboden für jene Entartung abgeben, sein Tun nach wie vor aus dem Gesichtspunkt des Almosens rechtfertigen wollen. Es muß daher verlangt werden,

daß alle Aufwendungen für die Erziehung Minderjähriger in keiner Weise als Armenunterstützung gelten.

11. Empfohlen muß auch werden, durch pekuniäre Unterstützung privater Anstalten die freiwillige charitative Liebestätigkeit auf dem Gebiete des Erziehungswesens unter öffentlicher Aufsicht zu fördern. Die Unterstützung derartiger Unternehmungen durch öffentliche Mittel vervielfacht nur die hilfsbereiten Kräfte unter gleichzeitiger Minderung fiskalischer Kostenlast. Auch schafft sie die Möglichkeit größerer Individualisierung des ganzen Rettungswerkes und erleichtert die Durchführung ärztlicher Behandlungsprinzipien.

12. Ein weiterer günstiger Erfolg ließe sich auch von einem planmäßigen Gebrauch des in Sachsen der Krone zustehenden Abolitionsrechtes erhoffen. Die „Jugendgerichte" können hier nicht die erforderliche Abhilfe schaffen. Denn sie beseitigen nicht die Gefahren der Hauptverhandlung und der Öffentlichkeit für den Minderjährigen. Auch nehmen sie ihm nicht die Tatsache der Vorbestrafung und der Aufnahme ins Strafregister ab, die das Leben mit einem Makel bewerfen, ehe es zu seiner Entfaltung und Betätigung gekommen ist. Um deswillen müßte die Staatsanwaltschaft instruktionell angewiesen werden, bei Minderjährigen wenigstens bis zum 16. Lebensjahre im Falle ihrer Kriminalität vor der Anklageerhebung die Herbeiführung öffentlicher Fürsorgeerziehung anzustreben. Im Falle ihrer Erlangung müßte dann die Sache ebenso wie in den Fällen „bedingter Begnadigung", dem Justizministerium zur Entschließung der Krone wegen der Niederschlagung des Strafverfahrens einberichtet werden.

13. Als zulässig müßte es auch, wie es von der preußischen Praxis verlangt worden ist, bezeichnet werden, daß der Vormundschaftsrichter, ähnlich wie in Eheprozessen nach § 620 ZPO. und bei Entmündigung wegen Trunksucht, seinen Beschluß über die Fürsorgeerziehung aussetzen kann. Damit wird vielfach dem Erziehungspflichtigen wie dem Minderjährigen ohne weiteres staatliches Einschreiten die Notwendigkeit einer Umkehr eindringlicher vor Augen geführt werden.

14. Erwünscht ist es endlich, daß alle diejenigen Bestimmungen früherer Gesetze, deren Beibehaltung gedacht ist, in das Fürsorgegesetz selbst mit aufgenommen werden.

In der folgenden Diskussion dankt Herr Amtsgerichtsrat Dr. *Ginsberg*-Dresden dem Redner und teilt einen Brief des Herrn Geheimrat Dr. *Weber*-Sonnenstein mit. Dieser schreibt: Da es sich hierbei zu einem nicht geringen Prozentsatz um Kinder handele, bei denen die sittliche Minderwertigkeit im engsten Zusammenhange mit degenerativer Entwicklung auf intellektuellem und gemütlichem Gebiete stehe, so sei es schwer verständlich, wie dieses Moment in dem Entwurf habe übersehen werden können und ärztliche Mitwirkung völlig ausgeschaltet geblieben sei.

Herr *Ganser* beleuchtet mit statistischen Zahlen die Kriminalität der Jugendlichen, die den Gedanken der gesetzlichen Fürsorgeerziehung angeregt habe. Die Ursache der „sittlichen Verwahrlosung", die in diesen Zahlen zutage trete, erblicke der deutsche Gesetzgeber in mangelnder oder schlechter Erziehung. Diese Auffassung sei einseitig, unrichtig und in ihren praktischen Folgen irreführend.

Als Ursachen des sittlichen Tiefstandes der Jugendlichen seien äußere und innere Einflüsse zu erkennen; in vielen Fällen wirkten beide zusammen. Über die äußeren Einflüsse, die man in der Hauptsache als Wirkungen des Milieus bezeichne, herrsche im allgemeinen Klarheit; ihnen werde begegnet durch Versetzung des Fürsorgezöglings aus unsittlicher Atmosphäre in reine Verhältnisse, durch Ausschaltung schlechter, zur Kriminalität hinleitender Einflüsse und Einführung guter, die sittlichen Kräfte entwickelnder Erziehung. Zu den äußeren Ursachen der Kriminalität gehöre auch die körperliche Verwahrlosung, auch wenn sie nicht, wie meist, mit der sittlichen verbunden sei. Hunger, Mangel der körperlichen Pflege, Überbürdung mit Arbeit, Vorenthaltung des nötigen Schlafes, frühzeitige Gewöhnung an Schnapsgenuß und dergleichen, das seien Einflüsse, die zwar in erster Linie die körperliche Entwicklung niederhielten, mittelbar aber auch die seelischen Kräfte, vor allem auch das moralische Gefühl zur Verkümmerung verurteilten. Bei der Abhängigkeit körperlicher und seelischer Funktionen voneinander seien körperliche, geistige und sittliche Verwahrlosung untrennbar miteinander verbunden. Es sei also auch die körperliche Verwahrlosung als Voraussetzung der gesetzlichen Fürsorgeerziehung anzuerkennen.

Viel schwieriger sei es, den inneren Ursachen der Kriminalität der Jugendlichen beizukommen. Sie seien entweder in der Anlage ursprünglich begründet oder, was in der Wirkung auf dasselbe hinauskomme, frühzeitig erworben und zu einem festen Bestandteile der Anlage geworden. Es handle sich da einmal um ausgesprochene Psychosen und schwere Neurosen, vor allem aber um die verschiedensten Formen des Schwachsinns, das alles vorzugsweise auf degenerativer Grundlage infolge von Keimschädigung durch alkoholistische, syphilitische oder sonst konstitutionell kranke Erzeuger. Eine Reihe gründlicher Untersuchungen psychiatrischer Forscher (*Mönkemoeller*, *Dannemann*, *Tippel*, *Laquer*, *Cramer* u. a.) hätten den unwiderleglichen Beweis dafür erbracht, daß unter den Fürsorgezöglingen sich eine große Zahl psychopathischer, hauptsächlich schwachsinniger Individuen befinde. Zahlreiche Beobachtungen Jugendlicher, die im Laufe der letzten zehn Jahre der Dresdener Heil- und Pflegeanstalt zugeführt worden seien, ständen hiermit in Einklang; die intellektuelle Schwäche sei nicht immer das hervorstechendste Symptom, trete vielmehr oft zurück hinter der krankhaften Gemütsstumpfheit. Besonders lehrreich seien die Untersuchungen von *Cramer*, der bei sehr mäßigen Anforderungen an die Intelligenz unter den sämtlichen

Fürsorgezöglingen der Anstalten Hannovers nur 37 % Normale gegen 63 % Minderwertige gefunden, nur 39 % für die Fürsorgeerziehung geeignet, 40 % nicht geeignet, 21 % besserungsfähig erachtet habe. Alle Untersucher betonten die hohe Zahl der Schwachsinnigen und die Schwierigkeit, ihren Zustand zu erkennen und richtig zu beurteilen.

Angesichts dieser Tatsachen dränge sich die Forderung geradezu auf, der Fürsorgeerziehung die Mitwirkung des Psychiaters zu sichern, und zwar in allen Stadien. In der Tat sei diese Forderung von allen Psychiatern erhoben worden, die in der Frage zu Wort gekommen seien. Wenn möglich, schon vor der Überweisung in die Fürsorge müsse eine psychiatrische Begutachtung erfolgen. Ausgesprochene Psychosen und schwere Neurosen würden dann ohne weiteres ausgeschlossen und einer Krankenbehandlung überwiesen werden. Bei vielen Schwachsinnigen genüge eine einmalige Untersuchung nicht; sie müßten Beobachtungsabteilungen zugeführt werden, wo ihr Zustand psychiatrisch festgestellt und die Frage beantwortet werde, ob sie einer Krankenanstalt, der Familienerziehung oder einer Erziehungsanstalt zu überweisen seien; auch die letzteren müßten von psychiatrischem Geiste durchweht sein, der für die Erziehung der Minderwertigen maßgebend bleiben müsse.

Herr Oberjustizrat Dr. *Bermann*-Dresden rät zur Beschränkung in den Wünschen, da der Entwurf bereits von der Deputation genehmigt sei. Es sei nicht zu wünschen, daß die „körperliche Verwahrlosung" keine Berücksichtigung im Gesetze fände. Es sei den Ständen gegenüber vielmehr geradezu zu verlangen, da körperliche und sittliche Verwahrlosung so oft Hand in Hand gingen. Nach dem Entwurf sei es dem Ermessen des Richters anheimgegeben, eine Person auch jenseits des 16. Lebensjahres in Fürsorgeerziehung zu nehmen. An der Erstreckung bis auf das 18. Lebensjahr sei festzuhalten. Die Unterscheidung zwischen Erziehungs- und Besserungsanstalt könne wegfallen. Es wäre besser, überhaupt nur von Anstalten zu sprechen. Der Ansicht, einen Psychiater zu Rate zu ziehen, könne er nur beipflichten. Ferner müsse der Richter das Kind persönlich sehen, ehe es in Zwangserziehung käme. Wieweit dann noch Eltern, Schulinspektion, Geistliche, Gemeinde zu hören seien, solle man dem Richter überlassen. Vielleicht würde es oft genügen, wenn der *Richter* allein das Kind sehen müßte; dieser sei geeignet darauf hinzuweisen, den Arzt nach Möglichkeit zu Rate zu ziehen.

Der Herr Vortragende erwidert, die Fürsorgeerziehung sei beschränkt durch das Reichsgesetz (§ 1666 BGB.) und könne nur angewandt werden „zur Verhütung des völligen sittlichen Verderbens". Die Abgrenzung zwischen sittlicher, körperlicher und geistiger Verwahrlosung würde nicht immer möglich sein. Nach den Erfahrungen in Preußen sei eine Verallgemeinerung nicht wünschenswert. Wo körperliche und geistige Verwahrlosung vorliege auf Grund schuldhaften Verhaltens des Vaters subsumiere sie auch meist die sittliche und gäbe die Voraussetzungen zur

Fürsorgeerziehung. Aber nicht jede körperliche oder geistige Verwahrlosung gäbe die Voraussetzung, das brächte uns sonst ins Uferlose. Es sei auch nicht praktisch, die ärztlichen Prinzipien der körperlichen und geistigen Entartung zu sehr zu betonen, da dies auch in der Tat schwankende Begriffe seien. Vor allen Dingen sei der sächsische Gesetzgeber dahin zu drängen, daß er den Arzt zu Rate ziehe, und daß er das ganze Gesetz nicht ohne den Arzt mache, mag er den Begriff der sittlichen Verwahrlosung in seiner Beschränkung so belassen oder nicht.

Herr Anstaltsarzt Dr. *Hofmann*-Bautzen begrüßt die Forderung, daß der Arzt hinzugezogen würde. Die einzige Erziehungsanstalt, welche in Sachsen in Frage käme, sei Bräunsdorf, und es sei bereits vorgesehen, sie auszubauen. Hier sei aber nur ein Arzt im Nebenamte beschäftigt. Man solle also der Staatsregierung anheimgeben, in Bräunsdorf eine Beobachtungsstation einzurichten mit mindestens zwei Psychiatern. Herr *H.* berichtet zur Begründung über seine Erfahrungen auf der Jugendabteilung des Gefängnisses zu Bautzen.

Es werden darauf von anderen Mitgliedern Vorschläge gemacht, wie den Ständen am geeignetsten die Ansicht der Vereinigung kund zu geben sei. Die Vereinigung beschließt darauf, die Vorschläge des Herrn Dr. *Becker* zu empfehlen, und wählt eine Kommission, welche ein Schreiben an die Kammern richten soll, welches das Postulat der Vereinigung enthält. In diese Kommission werden die Herren *Weber*, *Ganser* und *Becker* mit dem Recht der Kooptation gewählt.



Kleinere Mitteilungen.

Die 80. Versammlung Deutscher Naturforscher u. Ärzte findet vom 20.—26. Sept. d. J. in Cöln statt. Vorträge, die für die Abteilung für Neurologie und Psychiatrie bestimmt sind, werden bis 10. Mai an Prof. Dr. *Aschaffenburg*, Cöln, Mozartstr. 11, erbeten.

Zur Errichtung von Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke hat sich in Berlin ein Komitee gebildet, welches aus folgenden Herren besteht: Geh. Med.-Rat Dr. *Abel*, Geh. Ober-Med.-Rat Dr. *Dietrich*, Kreisarzt Dr. *Dietrich*, Landessyndikus *Gerhardt*, Polizei-Präsident *von Glasenapp*, Stadtrat *Kalisch*, Präsident des Reichsversicherungsamts Dr. *Kaufmann*, Geh. Reg.-Rat Dr. *Klein*, Professor Dr. *George Meyer*, Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*, Stadtrat Dr. *Münsterberg*, Dr. med. *Östreicher*, Geh. Reg.-Rat *Pütter*, Stadtrat *Samter*, Dr. med. *Waldschmidt*, Reg.- und Geh. Med.-Rat Dr. *Wehmer*, Reg.-Rat Dr. *Weymann*, Geh. Reg.-Rat Dr. *Zacher*.

Es wird beabsichtigt, in diesen Stellen unentgeltlich jedermann Auskunft über die Alkoholfrage zu geben, Rat und Beistand demjenigen zu bieten, welcher an sich oder in seiner Umgebung die Folgen des Alkoholmißbrauchs wahrgenommen hat; also in vorbeugender und fürsorgender Weise den Alkoholismus zu bekämpfen.

Personalnachrichten.

Dr. *Paul Nitsche*, bisher Ass.-Arzt der Univ.-Klinik München, ist zum Oberarzt der städt. Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden gewählt worden.

Dr. *Paul Nörlich*, bisher in Waldheim, ist als Oberarzt und stellvertretender Direktor nach Hochweitzschen,

Dr. *Heinr. Behr*, bisher in Lüneburg, als Oberarzt nach Langenhagen versetzt.

Dr. *Max Kauffmann*, Ass.-Arzt der Psychiatr. Klinik in Halle, hat sich an der dortigen Universität als Privatdozent habilitiert.

Dr. *W. J. König* in Dalldorf ist Geh. Medizinalrat,

Dr. *Paul Kemmler*, Dir. der Heilanstalt Weinsberg, Medizinalrat geworden.

Dr. *Hub. von Grashey*, Geh. Rat in München, hat das Komturkreuz des Verdienstordens der Bayrischen Krone,

Dr. *Aug. Fauser*, San.-Rat in Stuttgart, das Ritterkreuz 1. Kl. des Friedrich-Ordens erhalten.

Dr. *Wilh. Tantzen*, Oberarzt in Langenhagen, und

Dr. *A. Baer*, Geh. Med.-Rat in Berlin, sind gestorben.

Über das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens“.[1])

Von

Dr. **Kurt Halbey**, Oberarzt.

Nach *Kraepelin* erhält die Auffassung der Sinnestäuschungen eine bedeutsame Erweiterung durch eine eigenartige Erscheinung, die die Psychiatrie als Doppeldenken bezeichnet hat. Diese Erscheinung dokumentiert sich im wesentlichen in einem sogenannten „Lautwerden“ der Gedanken. Im unmittelbaren Anschlusse an eine Vorstellung, die im Kranken auftaucht, stellt sich eine deutliche Gehörswahrnehmung ein, und zwar eine solche, die die Vorstellung oder das gedachte Wort des Kranken in sich schließt, was dann zu den oft gehörten Äußerungen der Kranken führt, daß ihre eigenen Gedanken gesprochen, oder daß sie ihnen „abgezogen“ würden. Den Ausdruck des „Gedankenlautwerdens“ führt *Klinke* auf *Kraepelin* zurück, der ihn in der dritten Auflage seines Kompendiums zum ersten Male gebraucht hatte.

Durch die Arbeiten von *Cramer* angeregt und im Anschlusse an seine eigenen Veröffentlichungen über „Zwangsreden“ berichtet *Klinke* im Archive für Psychiatrie an der Hand zahlreicher Krankheitsgeschichten ausführlich über das Symptom des „Lautwerdens“ der Gedanken. Das Material zu seinen Beobachtungen lieferten ihm zum größten Teile frische Krankheitsfälle der Irrenanstalt zu Leubus (Schlesien), zum kleineren Teile alte chronische Fälle, die er in der Anstalt zu Tost beobachtete; während er die erstgenannten Fälle bis zur Heilung oder Entlassung in Pflegeanstalten beobachtete,

---

[1]) Aus der Provinzialheilanstalt bei Ückermünde (Direktor: Geheimer Sanitätsrat Dr. *Knecht*).

widmete er den chronischen Erkrankungen der Anstalt in ganz besonderem Maße seine Aufmerksamkeit und Beobachtungen in der einschlägigen Richtung.

In den Einleitungsworten zu seiner Arbeit macht *Klinke* mit Recht auf die Schwierigkeit aufmerksam, in dieser Richtung zu verwertbaren Ergebnissen zu gelangen, die sich aus dem bekannten Verhalten der Kranken ergibt, die zwar ganz allgemein von „Stimmenhören“ sprechen, aber sehr häufig über Inhalt und Form, so wie über Art und Weise ihrer Täuschungen die Auskunft verweigern, den Arzt immer wieder mit der Erklärung: „— Sie wissen ja schon —“ vertrösten, bis etwa ein Erregungszustand die Zunge der Kranken zu detaillierten Schilderungen ihrer Halluzinationen löst.

Ich habe in der hiesigen Anstalt eine eigenartige halluzinatorische Erscheinung beobachtet, bei der unmittelbar im Anschlusse an Vorstellungen oder an gedachte Worte nicht nur Gehörstäuschungen plötzlich in die Erscheinung treten, sondern auch optische Halluzinationen, bei denen die gedachten Worte und Vorstellungen vor dem Kranken geschrieben erscheinen, und zwar einerseits in „deutschen Schriftzeichen“ oder andererseits auch in „Gabelsberger Stenographie“. Dieses Symptom möchte ich analog dem Symptome des „Gedankenlautwerdens“ als das Symptom des „Gedanken sichtbarwerdens“ benennen.

Obwohl mir nur ein beobachteter Fall zur Verfügung steht, so rechtfertigt seine Veröffentlichung doch die außerordentliche Seltenheit des Symptomes; ich bin aber der Überzeugung, daß dieses Symptom häufiger zu eruieren ist, wenn eine genaue Beobachtung in dieser Richtung einsetzt. Indessen habe ich in der mir zugänglichen reichen Literatur nichts gefunden, was zu meinem Thema irgendwelchen Bezug hätte, nur habe ich in der Arbeit *Klinkes* beiläufig einen Hinweis gefunden, in der von einem Kranken berichtet wird, bei dem im Anschlusse an eigene Gedanken optische Täuschungen auftraten. Es wird gesagt, daß auch Kombinationen von Gesichtshalluzinationen und „Gedankenlautwerden“ oder mit gleichzeitigen entoptischen Erscheinungen auftreten können. Einer der *Klinke*schen Kranken sprach stets von Spinnen, die fortwährend vor seinen Augen in der Luft flögen und seine Gedanken und Worte herumtrügen. *Klinke* vermutet allerdings, daß es sich in diesem Falle um „mouches volantes“ handele,

also um ein Symptom, wie es die Augenheilkunde bei Glaskörpertrübungen kennt und beschreibt. Mein Fall zeigt mit dem beiläufig erwähnten Falle *Klinkes* auch insofern eine gewisse Ähnlichkeit, daß der Kranke die sichtbar gewordenen Worte und Gedanken in einem „schwebenden Gewebe" erblickt, das beständig in einer Entfernung von 20 bis 30 cm vor seinen Augen in die Erscheinung tritt. Die Untersuchung der Augen des Kranken hat nichts ergeben, was für entoptische pathologische Veränderungen spricht, wodurch allerdings nicht gesagt sein soll, daß eventuell doch solche Trübungen im Glaskörper vorhanden sind, die aber bekanntlich wegen ihrer Kleinheit der Untersuchung entgehen können. So möchte ich für meinen Fall das Vorhandensein von wirklichen optischen Halluzinationen in der Gestalt „schwebender Gewebe" in Anspruch nehmen, während ich bei tatsächlichem Bestehen von mouches volantes des *Klinke*schen Falles eine illusionäre Umdeutung der entoptischen Erscheinung in Spinnen, die die Worte und Gedanken herumtragen, anzunehmen geneigt bin.

Bevor ich nun die interessante Krankheitsgeschichte mitteile, möchte ich einen kurzen Blick auf die Entstehung des Symptomes des „Laut-werdens" der Gedanken werfen, denn aus der äußeren Ähnlichkeit beider Symptome, des des „Gedankenlautwerdens" und des des „Gedankensichtbarwerdens" ergibt es sich von selbst, daß ich auf die Anschauungen zurückgreife, die über das Entstehen des erstgenannten Symptomes im Umlaufe sind, und die uns auch ermöglichen, über das Entstehen des neuen Symptomes eine Erklärung und einen inneren Zusammenhang zu finden.

Der Vorgang, daß Kranke ihre eigenen Gedanken hören oder annehmen, daß diese mit- oder nachgesprochen werden, daß sie ihnen durch Röhren oder durch physikalische Apparate abgezogen werden, oder daß ferner ein Wesen, zum Beispiele ein böser Geist usw. aus irgendeinem Körperteile spräche, oder weiter, daß wie bei vielen Geisteskranken ihre Gedanken bereits anderen Personen bekannt sind, Erscheinungen, die seit langer Zeit schon als „innere Sprache" oder „Doppeldenken" bezeichnet werden, hat verschiedene Erklärungsversuche gezeitigt. *Klinke* hat allerdings Recht, wenn er sagt, daß bei diesen Versuchen Halluzinationen, Pseudohalluzinationen und illusionäre Vorgänge stellenweise durcheinander geworfen sind.

Es genügt im allgemeinen auf die Anschauungen *Cramers* einzugehen, die er in der Einleitung seiner Studie über die Halluzinationen im Muskelsinne bei Geisteskranken entwickelt, und die sich auf die Hypothese stützen, daß „ein großer Teil der Hirnrinde mit Bewegungsvorstellungen besetzt" sei, durch die er das Entstehen der Halluzinationen erklären will. Es sei nur bemerkt, daß *Wundt* die außerordentliche Kompliziertheit solcher Ableitungen hervorhebt, und daß er auch das Bestreben, „die Schwierigkeiten, die die komplizierten, vielgestaltigen, zusammenfassend als Bewegungsempfindungen bezeichneten Erscheinungen des Gefühlssinnes darbieten, zu vereinfachen und womöglich aus einer Quelle ableiten zu wollen", als ungenügend und nur teilweise das Richtige treffend bezeichnet. Ich will im speziellen nur auf die uns interessierenden Erscheinungen im Muskelsinne des Sprachapparates eingehen, mit denen *Cramer* das „Lautwerden" der Gedanken der Geisteskranken zu deuten und zu erklären versucht hat. Es kommen hier die Bewegungsvorgänge der Muskeln im Sprachapparate in Betracht, die das Symptom erklären sollen. Es scheint sehr fraglich, ob diese Hypothese einwandfrei ist, und die *Stricker*sche Auffassung, auf der auch *Cramer* fußt, daß der hervorragendste Anteil bei der Entstehung solcher Vorgänge den Wortbewegungsvorstellungen im Wortapparate zugewiesen werden muß, ist von *Freud* und auch von *Wundt* entschieden zurückgewiesen worden. Letzterer wendet gegen *Stricker* ein, daß durch den von *Stricker* aufgestellten Satz „die Wortvorstellungen sind motorische Vorstellungen" nur der eine Bestandteil in der durch die Vorstellung, die zugehörige Ausdrucksbewegung und den Sprachlaut gebildeten Komplikation hervorgehoben werde (*Klinke*). „In Wahrheit aber sind die Wortvorstellungen immer gleichzeitig akustische und motorische Vorstellungen, wobei dann, wie bei jeder Komplikation, bald der eine, bald der andere Bestandteil überwiegen kann."

Auch *Tigges*, *Goldscheider* und *Moeli* wenden sich gegen die *Cramer*schen Anschauungen. *Goldscheider* bestreitet entschieden, daß Denkvorgänge innerhalb der wortbildenden Zentren vor sich gehen können. „Denken" und „innere Sprache" betont er, seien ganz verschiedene Dinge und voneinander zu trennen, da die Worte nicht mit den Gedanken „identisch", sondern nur als der „Ausdruck des Gedankens" zu betrachten seien.

Meynert hingegen erklärt das Symptom des „Gedankenlautwerdens" dadurch, daß die Kranken die Kenntnis der Gedanken durch andere Personen einfach aus dem „Aufsichbeziehen" erschließen, ohne daß sogar direkt Halluzinationen vorliegen, wobei, wie *Neisser* hervorhebt, die krankhafte „Eigenbeziehung" unserer Kranken eine große Rolle spielt, aus zufälligen Geräuschen irgendwelcher Art, aus Vorgängen im Hörapparate oder aus Empfindungen in anderen körperlichen Organen in Verbindung mit wahnhaften Vorstellungen und Gedankenvorgängen auf Mit- und Dazwischenreden usw. schließen läßt. Im übrigen verweise ich auf die am Schlusse aufgestellte Literatur.

Kandinsky führt die Erscheinung auf eine gesteigerte Stimminnervation zurück, eine Auffassung, die viel für sich hat, und die den Anschauungen *Kraepelins* am nächsten kommt, jedenfalls nächst dessen Erklärungen am verständlichsten erscheint.

Zu den Erklärungsversuchen *Kandinskys* berichtet *Klinke* in seiner Arbeit über eine Beobachtung am eigenen Körper, als er nach subkutaner Injektion von 1 mg Hyoszin unter Halluzinationen und Illusionen des Gesichtes die Empfindung gehabt hätte, daß seine eigenen Worte überaus laut dröhnten, und daß es ihm selbst oft unklar gewesen sei, ob die gehörten Worte nicht von außerhalb kämen, was *Klinke* so zu erklären versucht, daß unter der durch das Gift hervorgerufenen Trübung des Bewußtseins infolge der durch die erhöhte Stimminnervation bedingten lauten und dröhnenden Sprache ihm plötzlich der sehr beunruhigende Gedanke aufgestiegen sei, es habe eine andere Person die Worte ausgesprochen, und daß dadurch der Klang der Worte verstärkt worden sei. Ein Beweis für die Anschauungen *Kandinskys*.

Immerhin erscheint mir aber die *Kraepelin*sche Erklärung des Phänomens des „Gedankenlautwerdens", die er in einer Arbeit durch *Salomon* festlegen ließ, als die einfachste und verständlichste. *Kraepelin* und *Salomon* deuten das Symptom dahin, daß es als die Folge eines halluzinatorischen Vorganges angesehen werden muß, also im Sinne *Kraepelins* als eine Reperzeption, als eine zentrifugale Erregung des Perzeptionszentrums durch den Vorstellungsreiz. Das betreffende Perzeptionszentrum, zumeist das akustische, befindet sich in einem Reizzustande, und die durch den Denkprozeß in den Apperzeptionszellen entwickelte Tätigkeit, die durch die Assoziationsbahnen auf

das Perzeptionszentrum übertragen wird, sei hinreichend, um hier als Reiz zu wirken; oder wie sich *Kraepelin* selbst in seinem Lehrbuche der Psychiatrie ausdrückt: „zur Erklärung dieser Erscheinung wäre wegen der Halluzinationen eine erhöhte Reizbarkeit der zentralen Sinnesflächen anzunehmen, die sehr wohl unter dem Einflusse der Reperzeption zur fortlaufenden Entstehung von Trugwahrnehmungen führen könnte, die dem in Sprachvorstellungen fortschreitenden Gedankengange inhaltlich Schritt für Schritt folgen".

Auf diese Weise würde sich auch das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens" leicht und befriedigend erklären lassen, daß sich eben das Perzeptionszentrum, in unserem Falle nicht das akustische, sondern das optische, in einem gewissen Reizzustande befindet, und daß die durch den Denkprozeß in den Apperzeptionszellen entwickelte Tätigkeit, die durch die Assoziationsbahnen weiter geleitet wird, so stark ist, um im optischen Perzeptionszentrum einen außerordentlich großen Reiz hervorzurufen, der die optischen Trugwahrnehmungen, zusammenfallend mit der Vorstellung oder dem Gedanken, in die Erscheinung treten läßt, daß also wegen der Halluzinationen („schwebende Gewebe"), das heißt unter dem Einflusse der Reperzeptionen die erhöhte Reizbarkeit der zentralen optischen Sinnesfläche zur fortwährenden Entstehung von optischen Trugwahrnehmungen führt, die dem in Sprachvorstellungen fortschreitenden Gedankengange auf dem Fuße, Schritt für Schritt, folgen.

Auch nach der *Kandinsky*schen Auffassung infolge der erhöhten Innervation, in unserem Falle nicht infolge der erhöhten Stimminnervation, sondern einer solchen in der optischen Sphäre durch fortgesetzte Halluzinationen („schwebende Gewebe") könnte das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens" in gewissem Sinne erklärt werden.

Durch die *Cramer-Stricker*schen Erklärungsversuche und Hypothesen einer Entstehung derartiger Vorgänge durch Wortbewegungsvorstellungen — in unserem Falle also im Sehapparate durch muskuläre Bewegungsvorstellungen würde die Entstehung des neuen Symptomes des „Gedankensichtbarwerdens" nicht erklärt werden können. und ich darf wohl sagen, daß die Auffindung dieses Symptomes einen weiteren Beweis gegen die *Cramer-Stricker*schen Hypothesen in sich schließt; denn zwischen Gedanken und Sprachapparat könnte man im obigen Sinne theoretisch vielleicht noch einen gewissen

physiologisch-psychologischen Zusammenhang gelten lassen, aber zwischen Augenmuskelvorgängen und Denkprozeß sicherlich nicht im entferntesten.

Krankheitsgeschichte. R. E., stud. phil., geboren am 13. Februar 1883, dessen Großvater an Paralyse gestorben ist, und dessen Eltern Geschwisterkinder waren, hat in der Schule gut gelernt und bestand das Abiturientenexamen unter Befreiung von der mündlichen Prüfung. Beim Militär traten lebhafte Gehörstäuschungen auf, „der Kranke solle gestohlen" und „von anderen Leuten Schlechtes gesprochen haben". Er wird dann am 1. Oktober 1902 in die Privatirrenanstalt B. gebracht, wo sich Erregungs- und Beängstigungszustände unter Sinnestäuschungen und Verfolgungsvorstellungen einstellen. Patient verweigerte die Nahrung und litt an Schlaflosigkeit, und es stellte sich schließlich eine hochgradige Apathie ein. Am 2. September 1903 wird Patient in die hiesige Anstalt aufgenommen und war bei der Aufnahme still, willig und lächelte beständig vor sich hin.

Status praesens. Pupillen gleich weit, reagieren prompt auf L. und C.

Die Reflexe sind in Ordnung.

Eine körperliche Untersuchung ist nicht möglich, da der Patient sehr widerstrebend ist.

Er ist zeitlich und örtlich orientiert. Mitten bei der Untersuchung springt der Kranke aus dem Bett, dreht sich um sich selbst, springt dann wieder in das Bett und zeigt Neigung zu allerhand verkehrten Handlungen; er liegt ohne Hemd mit dem Kopfe am Fußende im Bette; er treibt allerhand Unfug, belästigt andere Kranke, zerwirft Eßgeschirr und begießt den Arzt mit Kaffee. Er steht auf einem Flecke im Saale und schwingt mit dem rechten Arme und dem linken Beine.

21. September. Er macht allerhand Faxen; läuft plötzlich um den Tisch, spricht unsinnige Worte in eigenartigem Rhythmus: Rrr... Rh... sch... s.s.s.s..

19. November. Zeigt beim Essen viele Manieren, spreizt die linke Hand von sich, hält auch die Beine weit von sich gespreizt. Steht stundenlang, auch in der Kälte, auf einem Flecke im Garten.

4. Dezember. Geht auffallend breitbeinig. Balanciert am Tische mit den Tellern. Hält die Bissen längere Zeit in der Hand, bevor er sie zum Munde führt.

Februar 1904. Gibt das Datum regelmäßig verkehrt an, gewöhnlich Oktober 1903, sein ganzes Benehmen ist gespreizt und steif.

29. Mai 1904. Beklagt sich, daß seine Gedanken vor- und nachgesprochen werden. Lacht viel, lernt Gedichte auswendig. Stenographiert stundenlang historische und poetische Reminiszenzen. Schreibt im Bureau; macht allerlei Unsinn dabei; verbessert den Stil in den Schriftstücken.

27. Juni. Macht seine Späße mit Datum und Namen der Ärzte. Gewöhnlich heitere Stimmung; oft gereizt. Gibt keine Auskunft über Halluzinationen.

3. September. Steht viel in unbequemen Stellungen. Gedankenhören besteht fort; quakt zuweilen wie ein Frosch. Macht seine Armbewegungen nur noch mit dem rechten Arme. Zuckt zuweilen plötzlich zusammen und murmelt etwas von Elektrizität. Bei dem Besuche der Eltern meint Patient, drei Tage hier zu sein.

16. September. Beständig leichte Erregung; drang in das Sprechzimmer des Direktors. Spricht abgebrochen. Verlangt häufig in erregtem Tone das richtige Datum zu wissen. Ruft dem Arzte bei der Visite zu: „Schreiben Sie, was ich diktiere!“ Patient diktiert dann: „Ich liege heute 7^{40} auf dem Sofa, in der rechten Hand eine Empfindung wie Arsenik oder Ähnliches. Vor dem Spiegel 13 mal mit den Augen gezwickt. Dann ein Einschlafen der rechten Hand, die Empfindung eines leichten Peitschenknalles in der Herzgegend usw.“.

25. September. Erregter; verlangt in drohendem Tone das richtige Datum. Onaniert viel, erklärte dem Pfleger, der die Flecken im Bettzeug ansah, er habe Menses.

5. Oktober. In den letzten Tagen schlecht gegessen bis zur Abstinenz. Sondenfütterung nicht nötig.

9. November. Benimmt sich sehr albern und läppisch.

Die Diagnose wurde auf Grund der Beobachtungen auf Dementia praecox und im speziellen auf Katatonie gestellt. In der Folgezeit zeigt Patient dauernd dasselbe Bild; es wechseln Erregungszustände mit ruhigeren Zeiten. Dabei wird Patient fortwährend von Sinnestäuschungen beherrscht, über die er aber im großen und ganzen recht wenig Auskunft gibt, und wobei auch das Gedankenlautwerden des öfteren in die Erscheinung tritt, worüber Patient sich auch gelegentlich äußert, daß ihm eine Stimme alles, was er dächte und lese, immer vorsage. Die Stimmen kämen aus dem Turme. Dann wieder beklagt sich Patient über „Männer- und Frauenstimmen“, wodurch er „blödsinnig gemacht“ würde, und die ihm „Unangenehmes“ zuriefen.

14. November 1906. Sehr unruhig; gemein im Schimpfen. Stimmung sehr wechselnd. Urteil schwach. Aufmerksamkeit abspringend. Viele quälende Gehörstäuschungen.

27. November. Fastete einige Tage gänzlich; ißt auf Vorstellung hin, daß er mit der Sonde gefüttert werden müßte.

15. Januar 1907. Zustand im ganzen wenig verändert; der geistige Zerfall schreitet unaufhaltsam fort.

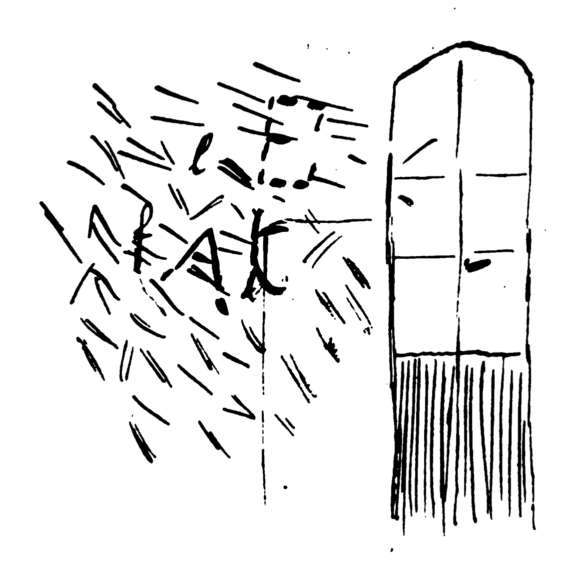
13. Februar. Patient bittet den Arzt, die „Spinnengewebe“ fortzunehmen.

20. Februar 1907. Geht noch nicht spazieren, da ihn die „Fliegengewebe“ hindern.

27. Juni. Schreibt einen unsinnigen Brief an den Direktor.

7. November. War gestern sehr erregt; meinte heute, er habe nur etwas laut gesprochen, damit der Direktor und die Ärzte seine Beschwerden hörten und die „Belehrungen abstellten"; die „fliegenden Gewebe" störten ihn nicht so sehr. Er sehe z. B. in der Kirche die ganze Predigt nachstenographiert, die einzelnen Gabelsbergschen stenographischen Zeilen schwebten frei in der Luft, gingen bei Bewegung der Augen mit, in einer Entfernung von 6 bis 8 m.

11. März 1908. Bezieht die Reden und Handbewegungen anderer Personen auf sich; wird darüber sehr erregt.



15. März. Gewalttätig gegen einen Kranken, durch dessen Reden er sich beleidigt fühlt.

9. April: Exploration: (Wie geht es Ihnen?) Schlecht, ich möchte, daß die schwebenden Gewebe fortkämen.'

(Wo sind diese?) Hier vor mir! (Patient zeigt in einer Entfernung von 20 bis 30 cm von sich.)

(Was für Gewebe?) Das weiß ich nicht, wo sie herkommen und was sie sind.

(Können Sie sie greifen?) Da habe ich nichts von. (Auf Vorhalt): ja.

(Sind sie immer da?) Ja, fortwährend. (Welcher Zweck?) Das weiß ich nicht, ich bin so müde, mir fallen die Augen vor Müdigkeit zu. (Patient entwirft auf Aufforderung eine Skizze dieser Gewebe.) (Hören Sie Stimmen?) Seitwärts und auch im Saale, es ist zu laut untereinander,

die einen lassen im Saale alles Mögliche reden, um den Geschmack und die Intelligenz zu prüfen. (Sehen Sie auch etwas?) Vollkugeln, die sind so hoch wie die Häuser draußen. (Sehen Sie auch Worte?) Ganz große Buchstaben, wenn ich „gegen an rede", wie man deutsche Schrift schreibt; (spontan) das sind lauter Plötzlichkeiten, die man als Sensualismus bezeichnet. (Sind das Ihre eigenen Gedanken?) Ja, alles, was ich in mich hineinkaue. (Was ist das?) Der Ton trillert so laut, der von der Seite kommt, so bin ich genötigt, das in mich hineinzukauen, das sehe ich fertig vor mir! (Was für Worte?) „Ja" und „Nein" — „Fertig" und die Stellen von Dichtern. (Haben Sie daran gedacht?) Ja, das sagte ich auch schon, das nenne ich in mich hineinkauen.

(Sehen Sie jetzt etwas?) Ja, M ... O, es ist nur unvollständig, der Anfang von irgendeinem Worte, so geht das in einem fort, ohne aufzuhören, was ich denke, sehe ich sofort in deutschen Buchstaben.

Ich forderte den Kranken wiederholt auf, diese Erscheinungen aufzuzeichnen, und es gelang, ihn einmal dazu zu bewegen. Am 13. April überreichte er mir obige Skizze, die die Trugwahrnehmungen des Patienten illustriert. (s. vorige Seite).

In den schwebenden Geweben erscheint das Wort „Falke", an das der Patient gerade gedacht hatte, wie er angab. Interessant sind die verkehrten Stellungen der Buchstaben und die verschiedenen Schriftzeichen.

Resumiere ich kurz die Ergebnisse der Krankheitsgeschichte, so geht hervor, daß der Patient unter dem Einflusse von Sinnestäuschungen akustischer Art steht, und daß schon frühzeitig das Symptom des „Gedankenlautwerdens" auftrat. Am 23. II. 07 erhalten wir die erste Mitteilung von optischen Halluzinationen unter dem Bilde der „Spinnengewebe" und der „Fliegengewebe", die sich dann mit dem 7. XI. 07 in die „fliegenden" und später „schwebenden Gewebe" fixierten. An diesem Tage hören wir auch zuerst von optischen Trugwahrnehmungen innerhalb der bereits längere Zeit hindurch beständig halluzinierten Gewebe im Anschlusse an eine gehörte Predigt. Erst später hat sich dann das Symptom des „Gedankensichtbarwerdens" eingestellt und fixiert, das heute noch im Vordergrunde der Halluzinationen steht.

Literatur.

Kraepelin, Lehrbuch der Psychiatrie, VII. Aufl.

Klinke, Dr., Über das Symptom des Gedankenlautwerdens. Arch. für Psychiatrie, XXVI, 1894.

Cramer, A., Die Halluzinationen im Muskelsinne bei Geisteskranken. 1889.
Klinke, Dr., Über Zwangsreden. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie, XXXXVIII, 1892.
Wundt, Grundlage der physiolog. Psychologie.
Goldscheider, Über zentrale Sprach-, Schreib- und Lesestörungen. Berliner klin. Wochenschr. 1892.
Moeli, Über den gegenwärtigen Stand der Aphasiefrage. Berliner klin. Wochenschr. 1891.
Tigges, Zur Theorie der Halluzinationen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 48, 1892.
Neisser, C., Erörterungen über die Paranoia vom klinischen Standpunkte. Zentralbl. für Psychiatrie, 1892.
Kandinsky, Kritische und klinische Betrachtungen im Gebiete der Sinnestäuschungen. Berlin 1885.
Salomon, Über Doppeldenken. 1885.
Fuchs, Lehrbuch der Augenheilkunde. 1901.

Zur Prognosestellung bei der Dementia praecox.[1])

Von

Marie-Emma Zablocka.

Wenn wir auch wissen, daß die fortschreitende Dementia praecox zu einer bestimmten Art von affektiver und intellektueller Verblödung führt, so sind wir doch noch recht weit davon entfernt, für die Mehrzahl der in die Anstalt kommenden Fälle eine annähernd zutreffende Prognose zu stellen. Wir können nicht bestimmen, wie weit die Krankheit in einem vorliegenden Fall fortschreiten wird, ja nicht einmal, ob der Krankheitsprozeß in absehbarer Zeit Halt machen wird oder nicht.

Zur weiteren Fragestellung sollten wir nun zunächst wissen, ob diejenigen Symptome und Symptomenkomplexe, die wir bis jetzt beachten, eine Beziehung zum Ausgang, zu der Stärke der zu erwartenden Verblödung haben oder nicht, und ev. welche Beziehungen existieren. Wir sind ferner gewohnt, prognostische Anhaltspunkte in der Heredität, dem geistigen und körperlichen Zustande zur Zeit der Erkrankung, im Erkrankungsalter, und auch in der Art der Anlässe eines Schubes zu suchen, aber gefunden hat man eigentlich noch recht wenig. Die vorliegende Arbeit möchte nun einen Beitrag zur Klärung dieser Fragen geben. Die Beziehungen der Heredität zur Prognose allerdings übergehen wir, da sie an dem gleichen Material bereits untersucht sind[2]). Ferner sind unsere Kranken nur bis zu fünf Jahren beobachtet, wir können deshalb aus unseren Daten keine Auskünfte holen über die Neigung zu Rezidiven. Wir können nur in Betracht ziehen den Ausgang eines einzigen Schubes, und das

---

[1]) Aus der Kantonanstalt Burghölzli (Dir. Prof. Dr. *Bleuler*).

[2]) *Wolfsohn*, Beziehungen von Prognose und Heredität bei Dementia praecox. A. Zeitschr. f. Psychiatrie. 1907.

ist gewöhnlich der erste und zugleich derjenige, der den Kranken in die Anstalt gebracht hat; wo mehrere Schübe beobachtet worden sind, haben wir nur den ersten berücksichtigt, wenn nicht das Gegenteil gesagt ist.

Unsere Fragestellung ist also folgende: Was für Beziehungen hat der Grad der Verblödung nach dem ersten Schube zu den Krankheitssymptomen, dem zeitlichen Verlauf des Beginnes, dem Erkrankungsalter, dem geistigen und körperlichen Zustand des Patienten zur Zeit der Erkrankung und zu den veranlasenden Ursachen?

Als Grundlage der Untersuchungen dienten die dem Burghözli vom 1. I. 1898 bis 31. XII. 1905 zugegangenen Fälle von Dementia praecox. Es sind 647 Patienten, 342 Fr. = 53% und 305 M. = 47%, von denen 153 — 84 Fr., 69 M. — noch in der Anstalt sind. 132 Patienten (75 Fr., 57 M.) sind wegen ungenügender Beobachtungszeit prognostisch nicht verwertbar, es bleiben somit für unsere Zwecke 515 Fälle (267 Fr., 248 M.).

Wir haben sie nach dem Ausgang in drei Gruppen geteilt: in leicht Demente, mittelschwer Demente, schwer Demente.

Ich entnehme diese Einteilung der Ausgangsformen der Arbeit von *Wolfsohn*, da sie an dem gleichen Material, wie ich schon erwähnt habe, die Beziehungen der Heredität zur Prognose untersucht hat: „Die nach dem Anfall sozial Untüchtigen bezeichnen wir als schwer Demente, die außerhalb der Anstalt verdienstfähigen als leicht Demente, und die nicht rubrizierbaren Zwischenformen als mittel Demente“.[1])

1. Formen und Ausgang.

Unter „Formen“ verstehen wir die *Kräpelin*schen Gruppen nach vorwiegenden Symptomenkomplexen: Katatonie, wenn die katatonen Symptome im Vordergrund sind, paranoide Form, wenn Wahnideen und Halluzinationen das Bild beherrschen, Hebephrenie alle übrigen, in denen, abgesehen von den akuten Schüben, die Verblödung vor den anderen Symptomen vorwiegt.

[1]) *Wolfsohn*, Beziehungen von Prognose und Heredität bei Dementia praecox. S. 14, 15 des S. A.



Die 647 Fälle verteilen sich nach Gruppen folgendermaßen:

	total	Frauen	Männer
Hebephrenien	243 (38%)	97 (30%)	146 (48%)
Katatonien	239 (37%)	162 (42%)	77 (25%)
Paranoide Formen	165 (25%)	83 (28%)	82 (27%)

Kräpelin findet, daß bei den hebephrenischen Formen die Männer mit 64%, bei den katatonischen und paranoiden Formen dagegen die Frauen mit 58 und 59% überwiegen; bei uns zeigt sich auch, daß bei der Hebephrenie das männliche, bei der Katatonie das weibliche Geschlecht überwiegt, die paranoide Form aber bei den beiden Geschlechtern nahezu gleichmäßig auftritt.

Nach Abzug der prognostisch unbrauchbaren Fälle bekommen wir folgende Zahlen:

	total	Frauen	Männer
Hebephrenien	206	81	125
Katatonien	174	119	55
paranoide Formen	135	67	68

Der Ausgang in diesen Fällen war folgender:

Demenz	leicht	mittel	stark
Hebephrenien	119 (58%)	44 (21%)	43 (21%)
Katatonie	101 (58%)	26 (15%)	47 (27%)
paranoide Formen	87 (65%)	22 (16%)	26 (19%).

Kräpelin findet bei seiner Hebephrenie in 8% eine annähernde Heilung, in 17% überhaupt eine wesentliche Besserung; bei der Katatonie in 13% annähernde Heilung, in 20% überhaupt die wesentliche Besserung, während er bei der paranoiden Form keine Zahlen angibt und nur sagt, daß wenige der Verblödung entgehen. Bei uns erscheint umgekehrt die Katatonie als die schwerste Form, die paranoide als die leichteste, während die Hebephrenie sich in der Mitte hält. Unsere Art, die schweren von den leichten Fällen abzugrenzen, ist nun eine ganz andere als die *Kräpelins*, darin mag ein Teil des Unterschiedes begründet sein. Man sollte aber erwarten, daß trotz der etwas anderen Kriterien die relative Stellung der Gruppen gleich bleiben würde. Das Umgekehrte ist aber der Fall. Unsere Art der Gruppierung nach Formen wird kaum die Schuld tragen, wenn es auch wahrscheinlich ist, daß wir eine nicht bestimmbare Anzahl von Fällen mit Halluzinationen und geringer Entwicklung der Wahnideen und unauffäl-

liger Verblödung der paranoiden Form zugeteilt haben, die der Autor zur Hebephrenie rechnen würde. Es ist aber ganz gut möglich, daß, wenn man nur die der eigentlichen Heilung nahekommenden Fälle zählen würde, dann auch an unserem Material ähnliche Zahlen wie bei *Kräpelin* herauskommen würden.

Was wir gefunden haben, läßt sich etwa in folgender Weise vorläufig verstehen: Die Katatonie hat am meisten Symptome, die als körperliche aufgefaßt werden können (vasomotorische, Ödeme, Pupillen usw.), sie erscheint also in dieser Hinsicht als Ausdruck des schwersten Hirnprozesses, daher ihre ungünstige Prognose, durch die aber nicht verhindert wird, daß nach Ablauf des akuten Prozesses, der sehr auffällig ist und die Kranken eher in die Anstalt bringt als die andere Formen, wie die *Kräpelin*schen Zahlen dartun, etwas mehr ganz gute Fälle verbleiben als bei den andern Formen, die langsamer verlaufen, aber dann weniger Neigung zu frühem Stillstand haben mögen.

Die paranoiden Formen brechen meistens später aus als die andern, sie treffen also nach *Lugaro*[1]) eine widerstandsfähigere Psyche und erscheinen deshalb leichter, auch wenn der Gehirnprozeß ebenso schwer ist.

Die Hebephrenien treffen eine nicht ausgebildete Psyche, sie müssen also auch bei einem geringgradigen Hirnprozeß schwer erscheinen, früh in die Anstalten kommen, können sich dann aber in größerer Zahl später wieder den Verhältnissen anpassen.

Bei dieser Gruppierung nach Formen scheint auch das Geschlecht einen gewissen Einfluß auf die Prognose zu haben, in der Weise, daß die paranoide Gruppe für die Männer die günstigste ist, während die beiden anderen Formen die Frauen weniger schädigen.

Frauen.

Demenz	leicht	mittel	stark
Hebephrenien	49 (60%)	16 (20%)	16 (20%)
Katatonien	71 (60%)	21 (18%)	27 (22%)
paranoide Formen	34 (51%)	18 (27%)	15 (22%)

[1]) *Lugaro*, L'ipocondria persecutoria. Una forma tardiva della demenza paranoide. Riv. di patol. nerv. e ment. Vol. IX, 1904.

Männer.

Demenz	leicht	mittel	stark
Hebephrenien	70 (56%)	28 (22%)	27 (22%)
Katatonien	30 (55%)	5 (9%)	20 (36%)
paranoide Formen	53 (78%)	4 (6%)	11 (16%)

2. Beginn und Ausgang.

A. Die Akuität des Beginnes im Verhältnis zum Ausgang.

Die Begriffe von „akut“ und „chronisch“ sind bei den Geisteskrankheiten weniger scharf als bei Körperkrankheiten. Krankheiten, die in wenigen Wochen eine deutliche Höhe erreichten, haben wir zu den akuten gezählt, auch noch langsamer sich entwickelnde, wenn der Anfall den Charakter eines akuten hatte (Manie, Wahnsinn usw.). Unter den chronischen Fällen dominieren die ganz schleichend beginnenden, bei denen oft nicht einmal das Jahr der Erkrankung bestimmt werden kann; manche gehen bis in die Kindheit zurück und lassen es zweifelhaft, ob aus einem abnormen Charakter sich die Krankheit entwickelt hat, oder ob schon der abnorme Charakter ein Symptom der Dementia praecox war. Viele zeigten in der Pubertät die ersten Abnormitäten, ohne daß die Angehörigen an eine Psychose dachten. Immerhin ist zu konstatieren, daß auch bei ganz schleichendem Verlauf leichtere Schübe und Stillstände selten fehlen. Was sich weder unter „akut“ noch unter „chronisch“ einreihen ließ, obgleich man die Art des Beginnes kannte, haben wir unter „mittel“ rubriziert. Viele dieser Fälle sind leichte chronische, die wegen einer geringen Verstärkung der Krankheit, wegen eines leichten akuten Schubes in die Anstalt kamen.

Bei 24 Patienten ließ uns die Anamnese im Stich. Die übrigen 623 Fälle verteilen sich folgendermaßen:

	total	Frauen	Männer
Beginn akut	211 (34%)	127 (38%)	84 (29%)
„ mittel	45 (7%)	19 (6%)	26 (9%)
„ chronisch	367 (59%)	189 (56%)	178 (62%).

Von 116 Fällen kennen wir den Ausgang nicht. Die übrigen haben folgenden Ausgang:

Demenz	leicht	mittel	stark
Beginn akut	123 (73 Fr., 50 M.)	26 (9 Fr., 7 M.)	19 (11 Fr., 8 M.)
„ mittel	25 (8 Fr., 17 M.)	5 (2 Fr., 3 M.)	3 (2 Fr., 1 M.)
„ chronisch	154 (73 Fr., 81 M.)	59 (34 Fr., 25 M.)	93 (44 Fr., 49 M.)

	Demenz leicht	mittel	stark
Beginn akut	73 %	16 %	11 %
„ mittel....................	76 %	15 %	9 %
„ chronisch.................	50 %	19 %	31 %

Wie zu erwarten war, haben die chronischen Fälle, die in die Anstalt gebracht werden, die schlimmste Prognose; wenn chronische Verblödung Anstaltsbehandlung nötig macht, so ist eben wenig zu erwarten, während akute Symptome zurückgehen können und dann eine Besserung eintreten lassen.

B. Symptome des Beginnes und Ausgang.

Es ist sehr schwer, alle Fälle nach den Symptomen zu rubrizieren, wenn man sich nicht in ein kompliziertes Detail verlieren will. Wir haben versucht, einige der in dieser Hinsicht wichtigsten Arten des Beginnes herauszuheben und die entsprechenden Fälle auf ihren Ausgang zu untersuchen. Wie der Erfolg zeigt, nicht ganz ohne Nutzen. Immerhin wird man bei genauer geführten Krankengeschichten leicht noch viele andere Gesichtspunkte entdecken können, die vielleicht in Beziehung zu setzen sind mit dem Ausgang. Unsere Kategorien sind folgende:

1. Manie. Akuter Anfall von gehobener Stimmung, wirklicher Ideenflucht und Bewegungsdrang.

2. Melancholie. Das gegenteilige Verhalten: affektive Depression, Hemmung der Gedanken und der Bewegungsantriebe.

3. Wahnsinn. Das Benehmen des Kranken ist ganz von Halluzinationen und Wahnideen beherrscht, der Wirklichkeit in keiner Weise angepaßt, und doch wird die Wirklichkeit noch apperzipiert, so daß man nicht von einem Dämmerzustand reden kann.

4. Dämmerzustand. Der intellektuelle Rapport mit der Umgebung ist ganz oder doch so stark unterbrochen, daß eine richtige Auffassung der Umgebung, eine Orientierung, für gewöhnlich ausgeschlossen ist.

5. Halluzinationen. Das Krankheitsbild wird von Halluzinationen beherrscht bei voller Orientierung und im übrigen gutem intellektuellen Rapport mit der Umgebung (chronisches halluzinatorisches Paranoid).

6. Wahnideen. Bei voller Orientierung stehen die Wahnideen im Vordergrund des Bildes.

7. Demenz. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit hat gelitten, ohne daß andere Symptome hervortreten.

8. Auffallendes Benehmen. Die dummen Streiche und Sonderbarkeiten stehen im Vordergrund des Bildes, während sonst der Ausfall der Leistungen nicht auffallend ist.

9. Sperrung. Die Sperrung des Denkens und des Handelns ist im Vordergrund.

10. Nervosität. Hysterische oder neurasthenische Symptome haben im Anfang das Bild beherrscht,

Bei 1—4 handelt es sich um akute Zustände. Dieselben schließen aber nicht aus, daß ein chronisches Vorstadium bestand, während erst der akute (manische oder melancholische) Schub den Patienten in die Anstalt brachte. 5—8 und 10 sind meist chronisch; 9 kann sowohl akut wie chronisch sein.

In 76 Fällen ist die Symptomatologie des Beginnes unbekannt. Die übrigen zeigen folgende Verhältnisse:

	total	Frauen	Männer
1. Manie	16	9	7
2. Manie, Melancholie	6	4	2
3. Manie, Melancholie, Wahnsinn	1	1	—
4. Manie, Dämmerzustand	1	—	1
5. Manie, Wahnsinn	2	—	2
6. Manie, Melancholie, Wahnideen	1	1	—
7. Manie mit Halluzinationen	2	2	—
8. Manie, Sperrung	2	2	—
9. Manie, Demenz	1	1	—
10. Melancholie	49	34	15
11. Melancholie, Manie	3	3	—
12. Melancholie, Wahnsinn	6	2	4
13. Melancholie, Wahnideen	4	2	2
14. Melancholie, Halluzinationen, Wahnideen	2	2	—
15. Melancholie, Wahnsinn, Dämmerzustand	1	—	1
16. Melancholie, Sperrung	1	—	1
17. Wahnsinn	70	45	25
18. Wahnsinn, Demenz	1	1	—
19. Wahnsinn, Katatonie	2	—	2
20. Wahnsinn, Dämmerzustand	2	2	—
21. auffallend, dann Wahnsinn	1	—	1

	total	Frauen	Männer
22. Dämmerzustand	17	9	8
23. auffallend, dann Dämmerzustand	1	—	1
24. Dämmerzustand, Katatonie	1	—	1
25. Demenz	38	12	26
26. Demenz, Hysteroneurasthenie	4	1	3
27. Demenz, Wahnideen	5	1	4
28. Demenz, Sperrung	2	1	1.
29. Demenz, Halluzinationen	2	—	2
30. Demenz, Halluzinationen, Wahnideen	3	—	3
31. Halluzinationen, Wahnideen	77	38	39
32. Halluzinationen, Hysteroneurasthenie	5	4	1
33. Halluzinationen, Wahnideen, Hysteroneurasthenie	10	6	4
34. Halluzinationen, Wahnideen, Sperrung	4	3	1
35. Halluzinationen, Wahnideen, Katatonie	1	—	1
36. Wahnideen	87	40	47
37. Wahnideen, Sperrung	4	2	2
38. Wahnideen, Hysteroneurasthenie	19	12	7
39. Wahnideen, Sperrung, Hysteroneurasthenie	1	1	—
40. Zwangideen	1	—	1
41. Sperrung	7	5	2
42. Sperrung, Hysteroneurasthenie	1	1	—
43. Hysteroneurasthenie	57	41	16
44. auffallend	46	19	27
45. Delirium tremens	1	—	1
46. Aufregung	3	1	2

Die einzelnen Gruppen zeigen folgende Verhältnisse:

	total	Frauen	Männer
Manie	35 (5%)	23	12
Melancholie	74 (9%)	49	25
Wahnsinn	86 (11%)	51	35
Dämmerzustand	23 (3%)	11	12
Demenz	56 (7%)	17	39
Halluzinationen	106 (14%)	55	51
Wahnideen	218 (28%)	98	110
Sperrung	22 (3%)	15	7
Hysteroneurasthenie	97 (12%)	66	31
auffallend	48 (7%)	19	29.

Nach Abzug der Fälle, die für die Prognose nicht brauchbar sind, ergeben die restierenden folgende Verhältnisse:

	Gesamtzahl	Demenz leicht	mittel	stark
Manie	13	10 (77 %)	1 (8 %)	2 (15 %)
Manie, Melancholie	6	4	2	
Manie, Melancholie, Wahnsinn	1	1		
Manie, Dämmerzustand	1	1		
Manie, Wahnsinn	1	1		
Manie, Melancholie, Wahnideen	1	1		
Manie, Halluzinationen	1	1		
Manie, Sperrung	1	1		
Manie, Demenz	1	1		
Melancholie	40	29 (73 %)	5 (12 %)	6 (15 %)
Melancholie, Manie	3	3		
Melancholie, Wahnsinn	5	4		1
Melancholie, Wahnideen	3	2	1	
Melancholie, Halluzinationen, Wahnideen	2		1	1
Melancholie, Wahnsinn, Dämmerzustand	1	1		
Wahnsinn	53	38 (72 %)	10 (19 %)	5 (9 %)
Wahnsinn, Demenz	1		1	
Wahnsinn, Katatonie	2	2		
Wahnsinn, Dämmerzustand	2	2		
auffallend, dann Wahnsinn	1	1		
Dämmerzustand	12	12		
auffallend, dann Dämmerzustand	1	1		
Dämmerzustand, Katatonie	1			1
Demenz	34	10 (29 %)	3 (9 %)	21 (62 %)
Demenz, Hysteroneurasthenie	4	2		2
Demenz, Wahnideen	5	1	1	3
Demenz, Sperrung	2	1		1
Demenz, Halluzinationen	2	1	1	
Demenz, Halluzinationen, Wahnideen	2	1		1
Halluzinationen, Wahnideen	66	34 (51 %)	11 (17 %)	21 (32 %)
Halluzinationen, Hysteroneurasthenie	4	3	1	
Halluzinationen, Wahnideen, Hysteroneurasthenie	7	5	2	
Halluzinationen, Wahnideen, Sperrung	2	1	1	
Halluzinationen, Wahnideen, Katatonie	1		1	

	Gesamtzahl	Demenz leicht	mittel	stark
Wahnideen	74	38 (51 %)	16 (22 %)	20 (27 %)
Wahnideen, Sperrung	3	1	2	
Wahnideen, Hysteroneurasthenie	16	10	3	3
Sperrung	4	2	1	1
Sperrung, Hysteroneurasthenie	1	1		
Hysteroneurasthenie	45	25 (56 %)	10 (22 %)	10 (22 %)
auffallend	35	21 (60 %)	9 (26 %)	5 (14 %)
Delirium tremens	1			1
Aufregung	3	2	1	

Über den Endstatus der einzelnen Gruppen gibt folgende Tabelle Auskunft:

	Gesamtzahl	Demenz leicht	mittel	stark
Manie	29	24 (83 %)	3 (10 %)	2 (7 %)
Melancholie	62	45 (73 %)	9 (14 %)	8 (13 %)
Wahnsinn	67	50 (75 %)	11 (16 %)	6 (9 %)
Dämmerzustand	18	17 (94 %)		1 (6 %)
Demenz	51	17 (33 %)	6 (12 %)	28 (55 %)
Halluzinationen	87	46 (53 %)	18 (21 %)	23 (26 %)
Wahnideen	182	94 (51 %)	39 (22 %)	49 (27 %)
Sperrung	13	7 (54 %)	4 (31 %)	2 (15 %)
Hysteroneurasthenie	77	46 (60 %)	16 (21 %)	15 (19 %)
auffallend	37	23 (62 %)	9 (24 %)	5 (14 %)

Wie zu erwarten war, haben die akuten Anfälle die beste Prognose, wobei manischer, melancholischer und Wahnsinnszustand nicht bemerkenswert differieren, während es bei den eigentlichen Dämmerzuständen geradezu die Regel ist, daß sie wieder auf den Status qu. a. zurückgehen. Das ist selbstverständlich für den, der den Mechanismus der Dämmerzustände bei Dementia praecox kennt: es handelt sich um hysteriforme Traumzustände, die irgendein unangenehmes Ereignis von der Persönlichkeit abspalten oder, was auf eins herauskommt, etwas Gewünschtes als erfüllt darstellen und deshalb den Kontakt mit der Umwelt absperren oder umillusionieren müssen. Die Dementia praecox schafft also für diesen funktionellen Symptomenkomplex bloß den günstigen Boden, und es ist weder eine schwere Form der eigentlichen Krankheit noch ein Schub derselben nötig, um ihn hervorzubringen.

Wo die Krankheit mit Halluzinationen und Wahnideen ohne Affekt- oder Abspaltungspsychose beginnt, hält sich die Prognose etwas unter dem Mittel; sie ist bedeutend schlechter als bei den akuten Zuständen, die eben bei leichter Dementia praecox schon das Bild komplizieren und das Verhalten so schwer alterieren, daß Anstaltsbehandlung nötig wird, auch wenn die Grundkrankheit noch wenig fortgeschritten ist. Die Halluzinationen und Wahnideen aber bei erhaltener Besonnenheit scheinen nach alter Auffassung ein Zeichen des fortgeschrittenen Krankheitsprozesses zu sein.

Daß diejenigen, welce die mit viel Berechtigung als unheilbar geltende Demenz in die Anstalt gebrachthat, die schlimmste Prognose bieten, ist selbstverständlich.

Ohne weitere Erklärung müssen wir registrieren, daß die Kranken mit vorwiegenden Sperrungen und die, welche im Anfang nur hysterische oder neurasthenische Symptome zeigen, sowie die mit bloßen Störungen des Handelns und Benehmens eine mittlere Prognose haben.

3. Erkrankungsalter und Ausgang.

Das Erkrankungsalter ist, wie aus den Bemerkungen über die Akuität des Beginnes hervorgeht, oft nicht leicht zu bestimmen. Frühere chronische Veränderungen des Charakters gehören wohl meist zur Krankheit. Gehen sie aber in die Jugend zurück, so sind sie oft in den Berichten der Angehörigen von andern Charakteranomalien kaum zu unterscheiden. Bei schleichendem Beginn sind leichte Schübe etwas Häufiges; sie werden von der Familie meist übersehen. Wir haben als Erkrankungsalter die Zeit angenommen, in der zum ersten Male deutliche Zeichen der Dementia praecox, nicht bloß einer Abnormität überhaupt, anamnestisch zu konstatieren waren.

Bei 29 Fällen war das Erkrankungsalter nicht zu bestimmen.

Die übrigen ergeben folgende Verhältnisse:

in Dekaden:	total	Frauen	Männer
1—20	140 (23 %)	61 (19 %)	79 (27 %)
20—30	258 (42 %)	122 (38 %)	136 (47 %)
30—40	139 (22 %)	82 (25 %)	57 (20 %)
40—50	54 (9 %)	36 (11 %)	18 (6 %)
50—60	25 (4 %)	23 (7 %)	2 (0)
60—65	2 (0)	1 (0)	1 (0)

in Pentaden:	total	Frauen	Männer
1—15	27 (4%)	9 (3%)	18 (6%)
15—20	113 (18%)	52 (16%)	61 (21%)
20—25	137 (22%)	65 (20%)	72 (25%)
25—30	121 (20%)	57 (18%)	64 (22%)
30—35	74 (12%)	45 (14%)	29 (10%)
35—40	65 (11%)	37 (11%)	28 (10%)
40—45	30 (5%)	16 (5%)	14 (5%)
45—50	24 (4%)	20 (6%)	4 (1%)
50—55	17 (3%)	16 (5%)	1 (0)
55—60	8 (1%)	7 (2%)	1 (0)
60—65	2 (0)	1 (0)	1 (0)

Beide Geschlechter haben, wie schon längst bekannt, ihr Morbiditätsmaximum zwischen 20 und 25 Jahren. Während aber die Kurve der Männer bis zu dieser Zeit regelmäßig ansteigt und dann wieder kontinuierlich fällt, wird bei den Frauen der absteigende Schenkel unterbrochen durch einen kleinen, aber deutlichen Anstieg zwischen 45 und 50 Jahren, der um so stärker markiert, als auch die beiden folgenden Pentaden noch besser besetzt sind als bei den Männern. Es ist das offenbar der Ausdruck der größeren Vulnerabilität der Frauen im Klimakterium und unmittelbar nachher.

Der Ausgang war in diesen Fällen der folgende:

in Dekaden	Gesamtzahl	Demenz leicht	Demenz mitel	Demenz stark
1—20	113	61 (55%)	23 (20%)	29 (25%)
20—30	210	128 (61%)	38 (18%)	44 (21%)
30—40	114	73 (64%)	14 (12%)	27 (24%)
40—50	44	26 (59%)	7 (16%)	11 (25%)
50—60	18	8 (45%)	6 (33%)	4 (22%)
60—65	2	2		

in Pentaden	Gesamtzahl	Demenz leicht	Demenz mittel	Demenz stark
1—15	23	9 (39%)	3 (13%)	11 (48%)
15—20	90	52 (58%)	20 (22%)	18 (20%)
20—25	112	67 (60%)	23 (20%)	22 (20%)
25—30	98	61 (62%)	15 (15%)	22 (23%)
30—35	59	40 (68%)	7 (12%)	12 (20%)
35—40	55	33 (60%)	7 (13%)	15 (27%)
40—45	24	13 (54%)	4 (17%)	7 (29%)
45—50	20	13 (65%)	3 (15%)	4 (20%)
50—55	13	6 (46%)	4 (31%)	3 (23%)
55—60	5	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)
60—65	2	2		

Die sehr kleinen Zahlen der deutlichen Erkrankungen vor der Pubertät scheinen immerhin auf eine schlimme Prognose dieser Fälle hinzuweisen. Es ist aber auch zu beachten, daß Kinder, auch wenn sie erheblich psychisch abnorm sind, weniger in die Anstalten gebracht werden als Erwachsene; es sind also immer sehr schwere Erkrankungen in der Jugend oder dann neue Schübe, die sie zu uns bringen; sie repräsentieren also, soweit sie zu unserer Kenntnis kommen, eine Auslese der schweren Fälle.

Kaum zufällig kann es sein, daß die Dekade von 35—45 eine ganz schlechte Prognose zeigt.

Frauen:

	Gesamtzahl	Demenz leicht	Demenz mittel	Demenz stark
1—15	9	3 (33%)	1 (11%)	5 (56%)
15—20	40	25 (63%)	8 (20%)	7 (17%)
20—25	48	28 (58%)	12 (25%)	8 (17%)
25—30	49	28 (57%)	9 (18%)	12 (25%)
30—35	36	23 (64%)	5 (14%)	8 (22%)
35—40	32	18 (56%)	6 (19%)	8 (25%)
40—45	22	4 (33,3%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)
45—50	16	10 (62%)	3 (19%)	3 (19%)
50—55	12	6 (50%)	4 (33%)	2 (17%)
55—60	4	2	1	1
60—65	1	1		

Männer:

	Gesamtzahl	Demenz leicht	Demenz mittel	Demenz stark
1—15	14	6 (43%)	2 (14%)	6 (43%)
15—20	50	27 (54%)	12 (24%)	11 (22%)
20—25	64	39 (61%)	11 (17%)	14 (22%)
25—30	49	33 (67%)	6 (13%)	10 (20%)
30—35	23	17 (74%)	2 (9%)	4 (17%)
35—40	23	15 (65%)	1 (4%)	7 (31%)
40—45	12	9 (75%)		3 (25%)
45—50	4	3		1
50—55	1			1
55—60	1		1	
60—65	1	1		

Abgesehen von den berührten Ausnahmen scheint das Erkrankungsalter nicht viel Einfluß auf die Prognose zu haben. Es wäre das ein Widerspruch zu der oben erwähnten Annahme *Lugaros*.

4. Katatone Symptome und Ausgang.

Deutliche katatone Symptome sind notiert bei 372 Fällen (219 Fr.. 153 M.), d. h. 57% aller untersuchten Fälle, 64% aller untersuchten Frauen, 50% aller untersuchten Männer.

Katatone Symptome kommen also bei Frauen etwas häufiger vor.

Es handelt sich nicht bloß um Katatoniker. Vorübergehend oder als Nebensymptome, die das äußere Krankheitsbild wenig färben, kommen die katatonen Erscheinungen auch bei den anderen Gruppen vor, und zwar unter den 372 Fällen in folgenden Verhältnissen:

	total	Frauen	Männer
Hebephrene	87	36	51
Katatoniker	233	154	78
Paranoide	52	29	24

Bei den 372 Fällen ist der Ausgang unbekannt in 83 Fällen 50 Fr., 33 M.).

Bei den übrigen 289 war der Ausgang folgender:

Demenz	leicht	mittel	stark
total	165 (57%)	49 (17%)	75 (26%)
Frauen	98 (58%)	34 (20%)	37 (22%)
Männer	67 (56%)	15 (12%)	38 (32%)

Die Hebephrenen und Paranoiden mit katatonen Symptomen allein ergeben folgende Prognose:

Demenz	leicht	mittel	stark
total	65 (55%)	25 (21%)	29 (24%)
Frauen	28 (51%)	15 (27%)	12 (22%)
Männer	37 (58%)	10 (16%)	17 (26%)

Bei den übrigen 275 Fällen (123 Fr., 152 M.), bei denen keine katatonen Symptome vorhanden waren, war der Ausgang nach Abzug der 49 (25 Fr., 24 M.) prognostisch nicht verwertbaren Fälle:

Demenz	leicht	mittel	stark
total	142 (63%)	43 (19%)	41 (18%)
Frauen	56 (57%)	21 (22%)	21 (21%)
Männer	86 (67%)	22 (17%)	20 (16%)

Die katatonen Symptome verschlechtern also die Prognose ein wenig, aber gar nicht hochgradig[1]).

[1]) Aus andern Untersuchungen ergibt sich, daß ein wesentlicher Unterschied besteht in der Bedeutung der akuten und der chronischen katatonen Symptome. Die letzteren haben eine sehr schlimme prognostische Bedeutung *(E. Meyer.)*

Die einzelnen katatonen Symptomgruppen.

Negativistische Symptome sind die häufigsten. Nahrungsverweigerung, manche Formen von Unreinlichkeit und Mutismus sind manchmal im Negativismus begründet — aber nicht immer. Meist sind indes neben diesen Symptomen noch die klaren Zeichen des Negativismus vorhanden; wo dies nicht der Fall war, haben wir dennoch alle Nahrungsverweigerer und Unreinlichen und Mutistischen zu den Negativistischen gezählt, weil es nicht mehr möglich war zu entscheiden, in welchen Fällen diese Symptome Teilerscheinung des Negativismus waren. Die Zahlen für den Negativismus überhaupt werden deshalb ein wenig, aber nicht viel zu groß sein.

Negativistische Symptome zeigten:

309 Pat. (187 Fr., 122 M.) 83%, davon Mutismus: 184 Pat. (104 Fr., 80 M.).

Die Zeichen der erhöhten Beeinflußbarkeit (Befehlsautomatie, Katalepsie, Echopraxie, Echolalie) waren vorhanden in 138 Fällen (73 Fr., 65 M.) 37%, und zwar:

Katalepsie 119 (66 Fr., 53 M.).

Echolalie und Echopraxie 29 (14 Fr., 15 M.).

Stereotypien der Bewegung, der Haltung und Verbigeration waren vorhanden in 198 Fällen (114 Fr., 84 M.) 53%.

Wie die einzelnen Symptome sich kombinieren, zeigt die folgende Zusammenstellung:

Negativismus allein bei	121 Patienten	(78 Fr., 43 M.)	(33%)
erhöhte Beeinflußbarkeit allein bei	19 Patienten	(8 Fr., 11 M.)	(5%)
Stereotypien allein bei	35 Patienten	(18 Fr., 17 M.)	(9%)
Negativismus und erhöhte Beeinflußbarkeit bei	34 Patienten	(19 Fr., 15 M.)	(9%)
Negativismus, erhöhte Beeinflußbarkeit und Stereotypien bei	76 Patienten	(40 Fr., 36 M.)	(21%)
Negativismus und Stereotypien bei	78 Patienten	(50 Fr., 28 M.)	(21%)
erhöhte Beeinflußbarkeit und Stereotypien bei	9 Patienten	(6 Fr., 3 M.)	(2%)

Über den Endstatus der einzelnen Gruppen gibt folgende Tabelle Auskunft:

Demenz	leicht	mittel	stark
negativistische Symptome überhaupt	134 (56%)	39 (17%)	65 (27%)
Mutismus überhaupt	79 (58%)	13 (10%)	44 (32%)

Demenz	leicht	mittels	tark
Stereotypien überhaupt	85 (54 %)	24 (15 %)	49 (31 %)
erhöhte Beeinflußbarkeit überhaupt	69 (65 %)	10 (10 %)	27 (25 %)
alle Fälle mit Katalepsien	65 (68 %)	8 (8 %)	23 (24 %)
alle Fälle mit Echolalie und Echopraxie	14 (56 %)	3 (12 %)	8 (32 %).

Die Fälle mit erhöhter Beeinflußbarkeit und im Besonderen die Kataleptischen scheinen eine etwas bessere Prognose zu haben, während diejenigen mit negativistischen Symptomen, Mutismus und mit Stereotypien schlimmere Aussichten zeigen. Die Prognose scheint schlechter zu sein bei den Fällen mit Echolalie und Echopraxie; die kleinen Zahlen erlauben aber keinen sicheren Schluß.

Einzelne Kombinationen erreichen Zahlen, die groß genug sind, um Berücksichtigung zu verdienen:

	leicht	mittel	stark
1. Negativismus allein	54 (61 %)	16 (18 %)	18 (21 %)
2. erhöhte Beeinflußbarkeit allein....	12 (75 %)	3 (19 %)	1 (6 %)
3. Stereotypien allein	13 (48 %)	6 (22 %)	8 (30 %)
4. Negativismus mit erhöhter Beeinflußbarkeit	14 (52 %)	6 (22 %)	7 (26 %)
5. Negativismus mit Stereotypien....	29 (45 %)	14 (21 %)	22 (34 %)
6. Negativismus mit erhöhter Beeinflußbarkeit und Stereotypien	37 (64 %)	3 (5 %)	18 (31 %)
7. erhöhte Beeinflußbarkeit mit Stereotypien	6 (75 %)	1	1

5. Pupillenstörung und Ausgang.

Unsere Krankengeschichten erlauben uns von körperlichen Symptomen nur die Pupillenstörungen zu berücksichtigen.

In 403 Fällen (193 Fr., 210 M.) finden sich Angaben über die Pupillen, und zwar ist bemerkt:

Normalzustand	318mal	(156 Fr.,	162 M.)
schlechte Reaktion auf Licht	53 „	(26 „	27 „)
Pupillendifferenz	40 „	(15 „	25 „)
auffallende Weite	39 „	(18 „	21 „)
auffallende Enge	17 „	(10 „	7 „)
exzentrische Pupillen	4 „	(— „	4 „)

Pupillenstörungen auf Akkomodation finden sich selten bemerkt, die Patienten sind meist nicht darauf untersucht worden.

Einer der Männer mit Pupillendifferenz war Potator, er zählt in den folgenden Tabellen nicht mit. Wir berücksichtigen auch die vier exzentrischen Pupillen nicht, da es sich vielleicht um Bildungsanomalien handelt; ihre Träger sind übrigens alle vier stark verblödet.

Die prognostisch verwendbaren Fälle hatten folgenden Ausgang:

Demenz	leicht	mittel	stark
Normalzustand	152 (60%)	43 (17%)	60 (23%)
schlechte Reaktion auf Licht	25 (57%)	12 (27%)	7 (16%)
Pupillendifferenz	14 (48%)	5 (17%)	10 (35%)
auffallende Weite	18 (58%)	8 (26%)	5 (16%)
auffallende Enge	5 (50%)	2 (20%)	3 (30%).

Die einfache Verschlechterung der Pupillenreaktion hat also keine Beziehung zum Ausgang. Die verhältnismäßig häufige abnorme Weite der Pupillen ebenfalls nicht, sie macht ja ganz den Eindruck eines funktionellen Symptoms. Die Differenz der Pupillen scheint eher auf eine stärkere organische Affektion des Gehirns hinzudeuten; sie hat dem entsprechend eine schlimmere Prognose. Die in dieser Kategorie zu kleinen Zahlen erlauben aber keinen sicheren Schluß.

6. Früherer Zustand und Ausgang.

a) der körperliche Zustand zu Beginn der Erkrankung.

In 402 Fällen sind in den Krankengeschichten keine Angaben über den Kräftezustand vorhanden. Man kann ohne in Betracht fallenden Fehler annehmen, daß diese zum größten Teil in dieser Beziehung nicht auffallend, also ungefähr normal waren.

Von den übrigen 245 Patienten (139 Fr., 106 M.) waren:

Körperlich normal 145 (77 Fr., 68 M.), schwach oder schwächlich 84 (54 Fr., 30 M.).

In der letzten Kategorie figurieren meist Leute mit Blutarmut, allgemeiner körperlicher Schwäche, leichter Ermüdbarkeit und Kopfweh.

Es mag noch bemerkt werden, daß 3 Männer in der Kindheit „Anfälle" hatten, einer an infantiler Hemiplegie nach Scharlach litt, und einer zugleich körperlich (aber nicht geistig) Kretin war. 9 Pat. (2 Fr., 7 M.) sollen in der Jugend Hirnentzündung durchgemacht haben; davon sind 6 M. als körperlich normal notiert, von den übrigen

fehlt ein Bericht. Trauma in der Kindheit ist 4mal notiert, 2 dieser Patienten sind körperlich normal, bei den anderen fehlen die Angaben.

Prognostisch verwertbar sind von diesen vereinzelten Fällen: 2 mit Anfällen, die gut ausgingen, der mit körperlichem Kretinismus, der stark verblödete; 8 mit Hirnentzündung, von denen 7 leicht und 1 schwer dement wurden, und 3 mit Traumen in der Jugend, von denen 1 leicht und 2 schwer verblödeten.

Die übrigen hatten folgenden Ausgang:

Demenz	leicht	mittel	stark
körperlich normal	72 (63%)	22 (19%)	21 (18%)
„ schwach	42 (60%)	10 (14%)	18 (26%)

Ein deutlicher Zusammenhang zwischen Kräftezustand und Schwere der Verblödung läßt sich also nicht nachweisen.

b) Geistige Anlagen und Ausgang.

Über die allgemeine geistige Disposition vor der Erkrankung stehen uns Angaben über 463 Pat. (237 Fr., 226 M.) zur Verfügung. Davon waren 141 (90 Fr., 51 M.) normal. 187 (77 Fr., 110 M.) waren schon in der Kindheit auffallend, d. h. zurückgezogen, still, verschlossen. 11 (6 Fr., 5 M.) waren übertrieben religiös, 66 (38 Fr., 28 M.) waren nervös.

Nach Abzug der Fälle, von denen der Ausgang nicht bekannt ist, ergeben sich folgende Ausgänge:

Demenz	leicht	mittel	stark
normal	72 (64%)	23 (21%)	17 (15%)
auffallend	95 (57%)	26 (16%)	45 (27%)
religiös	5	4	1
nervös	35 (70%)	9 (18%)	6 (12%)

Die „verschlossenen Charaktere“ haben also eine deutlich schlechtere Prognose als die Normalen, wenn auch die Unterschiede nicht sehr groß sind. Auffallend ist die verhältnismäßig gute Prognose der vorher „Nervösen“. Das gewohnte Bild von der Biegsamkeit der Schwächeren, die durch einen Sturm nicht gebrochen werden wie die Stärkeren, erklärt wohl nicht alles. Vielleicht sind es Leute, die eben schon lange als krank gegolten haben, bei denen man sich also leichter zur Internierung entschließt, so daß sie bei leichterer Erkrankung eher in unsere Statistik kommen als die anderen.

Über die Intelligenz besitzen wir Angaben in 136 Fällen (59 Fr., 77 M.), und zwar wurden notiert:

intelligent 68 (28 Fr., 40 M.), Intelligenz gering 68 (31 Fr., 37 M.).

Nach Abzug der prognostisch unbrauchbaren 23 Fälle (10 Fr., 13 M.) ergibt sich folgender Ausgang:

	leicht	mittel	stark
intelligent	36 (60%)	15 (25%)	9 (15%)
Intelligenz gering	29 (55%)	8 (15%)	16 (30%)

Wenn diese kleinen Zahlen einen Schluß erlauben, so ist es der, daß die höheren Grade der Verblödung bei intellektuell tiefer stehenden häufiger vorkommen als bei andern. Man braucht deshalb noch nicht anzunehmen, daß die weniger leistungsfähigen Gehirne stärker verblöden, es könnte auch so sein, daß eben die beiden Arten von Demenz, die der angeborenen und die der Dementia praecox, sich summieren, wodurch auch bei leichteren Graden der letzteren Krankheit der Zustand relativ schlimm erscheint.

Jedenfalls aber ist auch der Grad der Intelligenz kein ausschlaggebendes Moment bei dem Fortschreiten des Krankheitsprozesses der Dementia praecox.

7. Anlässe der Erkrankung und Ausgang.

Besondere Anlässe zum Ausbruch der Krankheit wurden in 222 Fällen (138 Fr., 84 M.), in 34% aller Fälle angegeben. Sie treten gegenüber den hohen Hereditätszahlen, die bei uns auf 90% steigen, sehr zurück. Der Grund ist gewiß zum großen Teil der, daß wir keine genügenden Anhaltspunkte hatten, um festzustellen, was eigentlich als Anlaß zu gelten hat, man hat deswegen dieses Gebiet bei der Aufnahme der Anamnesen etwas vernachlässigt. Ein Wochenbett, ein Typhus scheint allerdings ein genügender Anlaß zum Ausbruch einer Psychose zu sein, wenn man aber genau prüft, so findet man sehr häufig schon vor diesen Einwirkungen Spuren nicht bloß geistiger Abnormität, sondern der Dementia praecox selbst; immerhin muß dann der Typhus, das Wochenbett als Anlaß oder geradezu Ursache der „Verschlimmerung“, die die Patientin in die Anstalt bringt, angesehen werden. Liebesgeschichten hat jeder Mensch von der Pubertät an gehabt; zur Befriedigung, zu einer glücklichen Heirat führt nur

eine Minderzahl, man kann also dieses Moment immer in die Anamnese hineinfragen, besonders da die Krankheit selbst in ihren Anfängen oft Anlaß wird, daß sich der Patient in unsinniger Weise verliebt. Immerhin gibt es Fälle, in denen ein Zusammenhang der Krankheit oder der Verschlimmerung mit einer unglücklichen Liebe als vorhanden angesehen werden muß. Es sind jedenfalls mehr als hier notiert sind. 51 Fälle (33 Fr., 18 M.) sind prognostisch unbrauchbar. Der Ausgang bei den übrigen war folgender:

Demenz		
leicht	mittel	stark
111 mal (68 Fr., 43 M.) 65 %.	29 mal (18 Fr., 11 M.) 17 %.	31 mal (19 Fr., 12 M.) 18 %.

Die Prognose erscheint also um ein weniges besser als im Durchschnitt: man könnte das mit der Tatsache in Verbindung bringen, daß die Disposition und deshalb die Gefahr eines eingreifenden Krankheitsprozesses ceteris paribus geringer sein muß in den Fällen, die einer besonderen Gelegenheitsursache zur Auslösung der Krankheit bedürfen. Doch könnte dieser Faktor überkompensiert werden dadurch, daß die auslösende Ursache den Organismus unter Umständen besonders schwer schädigt. Es ist deshalb wichtiger, die Prognose mit der Art der Anlässe zu vergleichen.

Körperliche Ursachen zusammen	53	(28 Fr., 25 M.)	(24 %)
schwere körperliche Krankheit allein	39	(22 „ 17 M.)	
erste Menses	2		(0)
Schwangerschaft	8		(4 %)
Geburt und Wochenbett	19		(9 %)
Klimakterium	4		(2 %)
Geschlechtsphasen des Weibes zusammen	33		(15 %)
psychische Anlässe	136	(77 Fr., 59 M.)	(61 %)

Nach Abzug der prognostisch unbrauchbaren 51 Fälle (33 Fr., 18 M.) ergibt sich folgender Ausgang:

Demenz	leicht	mittel	stark
körperliche Ursachen zusammen	31 (70 %)	6 (14 %)	7 (16 %)
schwere körperliche Krankheit allein	23 (74 %)	4 (13 %)	4 (13 %)
erste Menses	2		
Schwangerschaft	4		1
Geburt und Wochenbett	10	4	2
Klimakterium		1	1
Geschlechtsphasen des Weibes zusammen	16 (64 %)	5 (20 %)	4 (16 %)
psychische Anlässe	64 (63 %)	18 (18 %)	20 (19 %)

Die Prognose scheint bei den Fällen, die körperliche Ursachen als Anlässe der Erkrankung oder Verschlimmerung hatten, besser zu sein, als bei denjenigen mit psychischen Anlässen, wenn auch die Unterschiede nicht groß sind. Diejenigen Erkrankungen, die als Anlässe die Geschlechtsphasen aufwiesen, haben annähernd die gleiche Prognose, wie diejenigen mit psychischen Anlässen.

Prognose quoad Rezidive.

Unter den prognostisch brauchbaren Fällen sind 178 (82 Fr., 96 M.), bei welchen mehrere Anfälle bekannt waren, indem die Kranken teils schon kürzere oder längere Zeit vor 1898 ein oder mehrere Mal in der Anstalt behandelt worden waren (die Minderzahl), teils während der Jahre 1898 bis 1905 mehr als einen Anfall erlebten (die Mehrzahl). Die letzten gehören meist zu den schwereren Fällen, indem Rezidive während der Beobachtungszeit natürlich die Prognose verschlechtern. Diesen Fällen analog sind manche der früher schon Erkrankten, die also von uns im Rezidiv beobachtet wurden. Einzelne, deren Rezidiv erst viele Jahre nach dem ersten Anfall auftrat, bilden eine Minderzahl. die die Resultate nicht ändert.

Ich habe ihre prozentualen Verhältnisse berechnet nach Formen, Chronizität und Symptomatologie des Beginnes, Erkrankungsalter, katatonen Symptomen, früheren körperlichen und geistigen Zustand. Dabei haben sich überall verblüffend ähnliche Zahlen ergeben, wie bei der Gesamtzahl, so daß sehr wenig Hoffnung vorhanden ist, aus der Berücksichtigung aller dieser Momente die Prognose quoad Rezidiv zu stellen.

Zusammenfassung.

Was wir gefunden haben, läßt sich in folgender Weise zusammenfassen:

1. Zirka 60% aller prognostisch verwertbaren Fälle der Dementia praecox sind nach dem ersten Anfall leicht, zirka 18% mittel und zirka 22% schwer dement.

2. Ein gewisser Einfluß auf den Ausgang des ersten Schubes bei der Dementia praecox muß der Krankheitsform zugeschrieben werden, und zwar zeigt bei den Männern die Katatonie den schwersten Ausgang, die paranoide Form den leichtesten, während die Hebe-



Prognose zeigen, während die akuten, nachdem der akute Schub abgelaufen ist, bis auf den Status quo ante zurückgehen können; der Satz gilt natürlich nur für in die Anstalten kommende Patienten.

3. Ein Einfluß des Erkrankungsalters auf die Prognose läßt sich nicht deutlich nachweisen, man kann nur vermuten, daß die Erkrankungen vor der Pubertät und diejenigen zwischen 35 bis 45 Jahren eine schlechtere Prognose zeigen.

4. Ein stärkerer Einfluß der katatonen Symptome überhaupt auf den Ausgang des ersten Schubes der Dementia praecox st nur bei den Männern nachgewiesen: sie verschlechtern die Pro-nose, aber nicht hochgradig; während ein gewisser Zusammenhang wischen einzelnen katatonen Symptomen und der Prognose möglich t, und zwar: Negativismus und Stereotypien verschlechtern die rognose, während Fälle mit erhöhter Beeinflußbarkeit und beson-rs diejenigen mit Katalepsie weniger stärkere Formen der Demenz n Ausgange zeigen.

5. Von den Pupillenstörungen scheint nur die Anisokorie die ognose ein wenig zu verschlechtern.

6. Der frühere körperliche Zustand hat keine ausschlaggebende deutung für den Ausgang, während ein gewisser Zusammenhang ischen der allgemeinen geistigen Disposition vor der Erkrankung d dem Ausgang sich nachweisen läßt: die als „verschlossene Charak-e" vor der Erkrankung rubrizierten Fälle zeigten einen schlimmeren sgang als die normalen. Es läßt sich auch ein verhältnismäßig er Ausgang bei den vorher Nervösen nachweisen. Der Grad der elligenz vor der Erkrankung beeinflußt nur ganz unwesentlich den gang.

7. Die veranlassenden Ursachen, wie wir sie jetzt rubrizieren, von keinem erwähnenswerten Einfluß auf den Ausgang.



Über Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis.

Von

Dr. **Hugo Birnbaum**-Conradstein.[1])

Unter der Bezeichnung „Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis" versteht man einen jetzt im allgemeinen feststehenden und abgegrenzten Krankheitsbegriff. Als anatomische Grundlage für diese geistige Erkrankung finden wir Entzündung an den Hirnhäuten, besonders an der Basis, gummöse Veränderungen und ganz besonders häufig luische Gefäßerkrankungen mit ihren Folgeerscheinungen. Diesen, besonders in bezug auf Lokalisation und Ausbreitung, so verschiedenartigen Gehirnveränderungen entsprechend, finden wir unter der Bezeichnung „Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis" zusammengefaßt ein recht mannigfaltiges und wechselreiches Krankheitsbild, sowohl bei den psychischen, wie ganz besonders bei den körperlich-nervösen Störungen. Unter ähnlichen Krankheitsbildern sind zunächst die progressive Paralyse und in zweiter Linie die Alkohol-Psychosen zu nennen. Ohne auch nur differential-diagnostisch auf deren Krankheitserscheinungen näher einzugehen, werden wir doch im folgenden erkennen, daß wir es bei den Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis mit erheblich anderen psychischen, wie ganz besonders körperlich-nervösen Krankheitserscheinungen zu tun haben als bei der Paralyse und den Alkoholpsychosen. Selbstverständlich werden immer Mischformen vorkommen, die richtig zu diagnostizieren häufig recht schwer fallen wird. Jedenfalls ist es für die Bewertung der ganzen Erkrankung von großer Wichtigkeit, möglichst früh eine bestimmte Diagnose stellen zu können.

---

[1]) Aus der Provinzialirrenanstalt Conradstein (Direktor Geheimer Medizinalrat Dr. *Kroemer*).



Bei der nachfolgenden Besprechung der Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis werde ich die hereditäre Syphilis außer acht lassen und mich nur auf die erworbene Syphilis beschränken. Aus der reichhaltigen Literatur werde ich nur kurze Auszüge von einzelnen Autoren anführen.

Wille[1]) hat beobachtet, daß nach Lues als erste abnorme psychische Symptome psychische Verstimmung und hypochondrische Befürchtungen auftreten, teils als Syphilidophobie, teils mehr allgemeinen hypochondrischen oder melancholischen Inhalts: Prodromalstadium der syphilitischen Psychose. Danach kommt eine zunehmende Demenz (zuerst Abnahme des Gedächtnisses, Vergeßlichkeit). Ferner treten zuerst maniakalische Zustände auf, die mit melancholischen mehr oder weniger lange alternieren. Dann wieder hat er anhaltende hypochondrisch-melancholische Verstimmung und Wahnvorstellungen beobachtet, ferner akutes Delir und Manie mit Größenwahn. Bei allem erfolgt allmählich Übergang in Demenz: also teils primäre, teils sekundäre Demenz. Dazu treten motorische und sensible Hirnstörungen. Im Verlauf der Erkrankung macht sich eine gewisse Mannigfaltigkeit durch einen Wechsel in den Erscheinungen bemerkbar. Als besonders charakteristisch für syphilitische Psychosen erwähnt er die Hypochondria syphilitica und den fortschreitenden Blödsinn, Zum Unterschied gegen Paralyse führt er Demenz ohne Größenwahn, aber vorzüglich mit Gedächtnisschwäche an. Als charakteristisch für Lues hebt er noch weiter besonders hervor: die Vielfachheit der Störungen der Hirnnerven (*Leudet*), ihre sukzessive Entwicklung (*Gros* und *Lancereau*) und ihr anfallsweises, oft rasch vorübergehendes Auftreten (*Heubner*). Ferner sollen nächtlich exazerbierende Kopfschmerzen auftreten, die konstanten Sitz zeigen, auf Druck sich vermehren und besonders durch die Bettwärme hervorgerufen werden.

Nach *Gerhardt*[2]) können die Symptome der Hirnsyphilis sich in unendlich vielen Formen und Kombinationen darstellen, entsprechend der mannigfachen Qualität und Lokalisation der anatomischen Grundlagen. Von der großen Zahl von Einzelsymptomen erwähnt er starke, diffuse Hirnstörungen mit dem von *Heubner* und *Wunderlich* so treffend hervorgehobenen Charakter der Halbheit, der unvollkommenen Störung, des unbegreiflichen Wechsels. Ferner rasch wiederholte Schlaganfälle bei jüngeren Leuten ohne Herzfehler, Augenmuskellähmung, besonders Ptosis, Epilepsie, die in späterem Alter ohne besondere Ursache entsteht, Rindenepilepsie, Monoplegien, akute Bulbärsymptome, Tumorsymptome, die

[1]) *Wille*: Die syphilitischen Psychosen. Allg. Zeitschr. für Psychiatrie, 1872, Bd. 28.

[2]) *Gerhardt*: Über Hirnsyphilis. Berliner klin. Wochenschr., 1886, Nr. 1.

nicht aus einem Herde erklärt werden können. Der häufigsten anatomischen Läsion der Endarteriitis entsprechend seien besonders oft apoplektiforme Anfälle zu beobachten. Es scheine ihm sogar eine ziemlich weitgehende Auffassung des Zusammenhanges von Apoplexie als Symptomenbild und Syphilis als Grundursache zulässig.

Als eine Haupteigenschaft der Hirnsyphilis hebt er die Vielgestaltigkeit der Symptome hervor. Er führt z. B. Epilepsie an, der nach einiger Zeit Apoplexie folgt, oder zu der auffällige Störungen der Denkfähigkeit, des Gedächtnisses, der Sprache hinzutreten, oder umgekehrt. Jedenfalls habe die genauere Forschung weit mehr Fälle als syphilitisch erkennen lassen als früher; darum müssen noch weit mehr geheilt werden. „Diese Fälle müssen so früh wie möglich, so energisch wie möglich und so lang wie möglich behandelt werden. Man muß viele Wochen lang täglich 3 bis 7 g graue Salbe einreiben und 2 bis 5 g Jodkalium einnehmen lassen."

Siemerling [1]) erwähnt Schwankungen in dem Auftreten der Pupillenreaktion auf Licht, Wechsel im Verhalten der Kniephänomene und endlich vorübergehende bulbäre Erscheinungen. Auch *Buttersack* konnte in einem von ihm mitgeteilten Falle einen wiederholten Wechsel im Auftreten der Pupillenreaktion, vielleicht unter dem Einfluß der angewandten Therapie, konstatieren. Ferner hat *Siemerling* Schwankungen in der Lähmung des Facialis beobachtet. Den Wechsel im Auftreten der Kniephänomene führt er zurück auf die Ausdehnung und Art des syphilitischen Krankheitsprozesses an den Wurzeln. „Die Wurzeln, eingescheidet in ein schwellungsfähiges Granulationsgewebe mit ihrem verhältnismäßig großen Gefäßreichtum, mit einzelnen fast immer noch gut erhaltenen Nervenfasern erliegen offenbar bei dem Erkranktsein der Rückenmarksgefäße überhaupt nicht unerheblichen Druckschwankungen und dadurch gesetzten Funktionsstörungen. Auch *Oppenheim* konnte gleichfalls ein Schwanken im Auftreten der Kniephänomene beobachten und die gleiche Erklärung auf Grund des anatomischen Befundes geben."

Kowalewsky [2]) spricht im Gegensatz zur typischen Paralyse von einer atypischen Paralyse. Auch er erwähnt als besonders charakteristisch für die atypische Paralyse die Unregelmäßigkeit des Auftretens von Paresen und Paralysen in den einzelnen Muskelgruppen und Organen, ferner Monoplegien verschiedener Organe, z. B. des Armes, schließlich lang dauernde Remissionen. Für die einzelnen Krankheitsformen gibt er folgende Einteilung:

1. Syphilitische Melancholie und Hypochondrie, letztere besonders in Form von Syphilidophobie, bei beiden bald mit weniger, bald mit mehr ausgesprochener Demenz.

---

[1]) *Siemerling*: Zur Syphilis des Zentralnervensystems. Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 1891, Bd. 22.

[2]) *Kowalewsky*: Geistesstörungen bei Syphilis. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, 1894, Bd. 50.

2. Selten Paranoia; entweder als Verfolgungswahn der halluzinatorischen Paranoia oder als hypochondrische Paranoia-Syphilophobia.

3. Häufiger Amentia.

4. Dementia, die so oft bei Hirnsyphilis angetroffen werde, daß fast alle Autoren der richtigen Meinung seien, die Dementia bilde das charakteristische Symptom aller Geistesstörungen mit syphilitischen Hirnalterationen.

5. Akute Psychosen bei Hirnsyphilis: entweder in Form des Delirium acutum oder der Mania acuta.

Nach *Wickel*[1]) mangelt der diffusen Lues cerebri der rasche progressive Verlauf. Rechtzeitig eingeleitete spezifische Kuren können selbst zur Heilung führen. Auf somatischem Gebiet treten die Herderscheinungen in den Vordergrund, welche sich besonders durch ihren passageren Charakter auszeichnen. Die Demenz ist verschiedenen Grades, mehr stabil, nicht wie bei der Paralyse gradatim zur völligen Verblödung führend. Die Störungen in der Reaktion der Pupillen, welche sich hier mehr mit Störungen in der Funktion der Augenmuskeln vergesellschaftet finden, sind zum Teil denen bei Dementia paralytica gleich, zum Teil zeigen sie ein wechselndes Verhalten.

Nach *Klein*[2]) besteht bei der Lues cerebri im Gegensatz zu der Paralyse eine viel weniger weitgehende, mäßig progressive geistige Schwäche. Die psychischen Krankheitserscheinungen bei der ersteren verlaufen nicht selten unter dem Bilde von funktionellen Neurosen und Psychosen (Hysterie, Melancholie, Manie, halluzinatorische Verwirrtheit, Paranoia). Dieselben zeigen ebenso wie die somatischen Symptome eine Neigung zu stetem Wechsel. Weitgehende Krankheitseinsicht ist bei der Lues cerebri weit häufiger als bei der Paralyse. Bei den mehr chronisch verlaufenden Fällen von Lues cerebri diffusa erwähnt *Klein* das Hervortreten von paranoischen Krankheitssymptomen, besonders Gehörstäuschungen, nächstdem krankhafte Eigenbeziehungen. In manchen Fällen kann es durch kombinatorische Verknüpfung der Wahnvorstellungen bei der Lues cerebri zu einem der Paranoia chronica durchaus ähnlichen psychischen Krankheitsbilde kommen.

Jolly[3]) führt aus, daß durch Syphilis Zustände allgemeiner Nervosität auftreten, die geeignet sind, weiterhin zu mehr oder weniger schweren

---

[1]) *Wickel*: Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica. Archiv für Psychiatrie, 1898, Bd. 30.

[2]) *Klein*: Kasuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Dementia paralytica und Pseudoparalysis luetica (*Fournier*). Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, 1899, Bd. 5 und 6.

[3]) *Jolly*: Syphilis und Geisteskrankheiten. Berl. kl. Wochenschr., 1901, Nr. 1.

Formen geistiger Störung zu führen: Klagen über Kopfschmerzen, zeitweilige Benommenheit, Schwindelempfindungen, gelegentlich Schwierigkeit der Sprache, oft auch plötzliches Versagen des Gedächtnisses; ferner vom Rücken ausstrahlende Sensationen, Reifgefühl, Stiche und Reißen in den Extremitäten, Gefühl ven Einschlafen der Glieder, vorübergehendes stärkeres Schwächegefühl bald in einer ganzen Extremität, bald nur in einzelnen Muskelgruppen. Es sei eine Eigentümlichkeit des syphilitischen Virus, daß es auf alle Teile des Nervensystems einzuwirken vermöge und deshalb die mannigfachsten Kombinationen von Krankheitserscheinungen zuwege bringe. Es gebe keine Form geistiger Störung, die nicht gelegentlich bei Syphilitischen und infolge der Syphilis zur Entstehung kommen könnte. Zu den häufigeren Formen gehörend erwähnt er die meistens aus der Neurasthenie unmittelbar sich entwickelnde melancholische Depression von vorwiegend hypochondrischer Färbung. Dann nennt er Melancholie sowohl in agitierter, wie in mehr stuporöser Form; vereinzelte Fälle von echter Manie, ebenso selten reine Paranoia. Wesentlich häufiger dagegen und geradezu charakteristisch für die Syphilis sei die sogenannte Amentia: die Zustände des akuten Deliriums, der akuten Verwirrtheit mit mehr oder weniger massenhaften Halluzinationen. Ebenso komme sehr häufig vor die Dementia: Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Vernachlässigung der gewöhnlichsten Pflichten. In der Intensität dieser Symptome seien auffallende Schwankungen bemerkbar. Seltener sei diejenige Art der Verwirrtheit mit vollständigem Defekt der Merkfähigkeit, der Fähigkeit, frische Eindrücke dem Gedächtnisse einzuverleiben und sie mit früheren zu assoziieren. Dann erwähnt er die sekundäre Demenz nach melancholischen Zuständen und besonders nach Amentia. Die Demenz verlaufe bald gleichmäßig progredient, bald bleibe sie sehr stationär. Sogar ganz erhebliche Rückbildungen dieses Demenzzustandes treten ein. In einzelnen Fällen erfolgt eine nahezu vollständige Heilung. Es handelt sich dabei jedoch nur um eine relative Heilung; es bleibt eine gewisse Minderwertigkeit.

Auch *Ziehen*[1]) erwähnt bei der Hirnsyphilis das ungemein wechselnde Bild der psychischen Symptome und hebt als gemeinsames Symptom einen mehr oder minder erheblichen Intelligenzdefekt hervor. Derselbe kann teils primär von Anfang an auftreten, teils ist er das Endstadium von voraufgegangenen soporösen Zuständen oder halluzinatorischen Erregungszuständen oder kurzen Dämmerzuständen. Seltener täusche der Krankheitsverlauf eine chronische Paranoia vor. Die sinnlosen Antworten, welche die Kranken auf der Krankheitshöhe geben, faßt *Ziehen* nicht als Defekt auf, sondern als funktionelle Hemmung bzw. Inkohärenz (funktionelle Dissoziation).

---

[1]) *Ziehen*: Psychiatrie, 1902.

Kräpelin[1]) unterscheidet den nach voraufgegangenen Schlaganfällen eintretenden luetischen Schwachsinn und die luetische Pseudoparalyse, bei der ebenfalls die Krankheit sehr oft mit einem Anfall beginnt, worauf dann meist ein Depressionszustand folgt mit bald mehr hypochondrischer, bald mehr mißtrauischer oder ängstlicher Färbung. In der Folgezeit stellen sich fast immer auch Gehörstäuschungen ein, selten fehlen Größenideen. Weiter verläuft das Leiden langsam, führt aber stets zu einem erheblichen Grade psychischer Schwäche.

Nach *Wollenberg*[2]) kommen bei schwerer Gehirnsyphilis am häufigsten die unter dem Bilde der Amentia verlaufenden Fälle vor, nächstdem melancholische Depressionszustände und ferner postsyphilitische Demenz, teils primär, teils sekundär. Als außerordentlich selten schildert er das Vorkommen manischer Zustände.

Anschließend hieran werde ich über fünf in hiesiger Anstalt beobachtete charakteristische Fälle von Geistesstörungen bei Gehirnsyphilis berichten.

Fall I.

W. K., Kaufmann, geb. 1861. Erblich nicht belastet. Kein übermäßiger Alkoholgenuß. 1890 harter Schanker, 8 Wochen lang mit ugt. ciner. behandelt. 1902 Schlaganfall, lag drei Wochen besinnungslos, Lähmung der rechten Seite, hatte 3 Wochen lang die Sprache verloren, konnte seitdem nicht mehr arbeiten, seit Sommer 1904 in verschiedenen Krankenhäusern, seit dem 15. Dezember 1904 in der hiesigen Anstalt.

Körperlicher Befund:

Augen: Links leichte Ptosis, Pupillenreaktion normal. Links Fazialisparese. Gang unsicher, spastisch, rechts schleifend. Romberg negativ. Links Patellar- und Plantarreflex lebhaft, kein Fußklonus, Babinsky positiv, aber schwach. Rechts Patellar- und Plantarreflex sehr gesteigert, rechts Patellar- und Fußklonus leicht auszulösen, Babinski stark positiv. Auch beim Bestreichen der linken Fußsohle rechts Babinski positiv. Oppenheim beiderseits positiv. Die Schmerzempfindlichkeit der Haut ist scheinbar gesteigert. Rohe Kraft im rechten Arm und rechten Bein erheblich herabgesetzt. Am rechten Arm Knochen- und Periostreflexe gesteigert, links normal. Sprache hastig, sich überstürzend. Schrift ausfahrend und unsicher. Herztätigkeit beschleunigt, 120 Schläge in der Minute, Töne über allen Ostien laut und rein, zweiter Ton über der Aorta metallisch klingend. Puls hart, schwirrend, beschleunigt, regelmäßig.

---

[1]) *Kräpelin*: Psychiatrie, Bd. 2, 7. Aufl., 1904.

[2]) *Wollenberg*: Lehrbuch der Psychiatrie von *Binswanger* und *Siemerling*, 1904.

Psychischer Befund:

Bei seiner Aufnahme hierselbst verhielt er sich ruhig, machte jedoch einen ganz stumpfen und gleichgültigen Eindruck. Zeitlich und örtlich war er orientiert und gab auch über sein bisheriges Leben richtig und sachgemäß Auskunft. Er gab zu, daß er 1890 an Syphilis gelitten habe und hinterher mit Quecksilber behandelt worden sei. ½ Jahr darauf habe er sich verheiratet. Das erste Kind war eine Frühgeburt, tot geboren. Die beiden anderen Kinder leben und seien gesund. Von seinem Schlaganfall 1902 habe er eine Schwäche der rechten Körperhälfte zurückbehalten. Er habe seitdem nicht mehr gearbeitet, habe wohl arbeiten können, aber keine Stelle bekommen, „weil er verrückt war". Nach dem Schlaganfall sei er gleich entmündigt worden, er wisse nicht, warum. Er sei geisteskrank, vergesse immer alles. Wenn er z. B. in der Zeitung etwas gelesen habe, wisse er es hernach nicht mehr. Er könne aber gut rechnen. Er rechnet dann auch prompt und sicher verschiedene Aufgaben aus:

$4 \times 17 = 68$. $4 \times 19 = 76$.
$68 - 31 = 37$. $37 + 43 = 80$.

So vergeßlich sei er seit dem Schlaganfall, früher sei er es nicht gewesen. Bei weiterer Intelligenzprüfung ergibt sich eine ziemlich gute Geschichtskenntnis, desgleichen bezüglich seiner geographischen und sonstigen allgemeinen Kenntnisse. Seitdem zeigt er stets ein gleichmäßig ruhiges Verhalten, lebt stumpf und gleichgültig dahin, zeigt kein Interesse für die Vorgänge in seiner Umgebung und hat keinen Trieb, sich irgendwie zu beschäftigen.

Auch in seinem körperlichen Befinden sind weiterhin keine Änderungen eingetreten.

Fall II.

J. K., Kaufmann, geb. 1866. Erblich nicht belastet. Hat nicht getrunken. 1892 Schanker. Seit Juni 1905 geisteskrank: klagte über Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, sah Bilder vor den Augen, bekam Krampfanfälle. Sein Gedächtnis nahm ab, er konnte nicht mehr arbeiten. Seit September 1906 weinerlich, deprimiert, klagte über schlechten Geschmack, könne sich aber nicht aussprechen, das Sprechen falle ihm schwer, sah Krüge, Räder u. dergl., zuweilen wurde ihm schwarz vor den Augen, hatte Angst, hinzufallen. Am 17. Mai 1907 wurde er in die hiesige Anstalt aufgenommen.

Körperlicher Befund:

Temporalarterien beiderseits leicht geschlängelt. R. Fazialisparese. Augen: R. Ptosis. Beide Pupillen über mittelweit, nicht ganz rund, $l > r$, sind lichtstarr, reagieren aber auf Akkommodation. Beim Gehen auf der geraden Linie starkes Schwanken, ebenso starkes Schwanken

beim Stehen mit geschlossenen Augen. Bauchdecken- und Plantarreflexe lebhaft, kein Kremasterreflex, kein Babinski. Patellarreflexe sehr lebhaft. Kein Fußklonus. Lebhaftes vasomotorisches Nachröten der Haut. Schmerzempfindlichkeit der Haut und der Muskulatur sehr gesteigert. Sprache und Schrift ohne auffallende Störungen.

Psychischer Befund:

Bei seiner Aufnahme hierselbst verhielt es sich ruhig, war zeitlich und örtlich orientiert und gab über seine Vorleben richtig und sachgemäß Auskunft. Seit zwei Jahren leide er ständig an Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche, könne seit dieser Zeit auch schlecht hören besonders auf dem linken Ohre, könne auch nicht mehr viel schreiben oder lesen, bekomme gleich Flimmern vor den Augen, bekomme sehr oft solche „Anfälle“, in denen er alles mögliche sehe. So habe er vor zwei Jahren lauter Teufel um sich herum gesehen, lauter schwarze Gestalten mit Hörnern, und er stand mitten drin; das dauerte drei bis fünf Minuten. Solche Anfälle bekomme er öfter in der Stunde ein paarmal. In solchen Anfällen höre er auch alles mögliche; er könne sich jetzt jedoch nicht mehr besinnen, was es alles gewesen sei: sein Gedächtnis sei jetzt so schwach. Nach einer Stunde wisse er schon nicht mehr, was er gesagt habe. Früher habe er immer solch „starkes“ Gedächtnis gehabt. In diesen „kleinen“ Anfällen, in denen er alles mögliche sehe und höre, zittere er nur am ganzen Körper, wisse jedoch alles. Außerdem bekomme er aber noch „große“ Anfälle, in denen er die Krämpfe habe und von gar nichts wisse. Solche „großen“ Anfälle habe er alle 1 bis 1 ½ Monate bekommen. Dies gehe alles seit zwei Jahren so.

Die Intelligenzprüfung ergab im allgemeinen keine hochgradigen Defekte, nur betreffs seiner Geschichtskenntnisse versagte er und begründete dies damit, daß er seit seiner Erkrankung alles vergessen habe.

Seit seiner Aufnahme hierselbst äußerte er ständig Klagen über Gedächtnisschwäche, Arbeitsunfähigkeit, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, besonders in der Stirn, Schwindelanfälle, Sausen in den Ohren und Flimmern vor den Augen. Im allgemeinen zeigt er ein ruhiges, stumpfes und gleichgültiges Verhalten; dann ist er auch wieder bald ängstlicher, bald mehr reizbarer Stimmung. Die Sprache hat sich während seines Aufenthaltes hierselbst sehr verschlechtert. Während anfangs gar keine Störungen nachweisbar waren, erscheint jetzt die Sprache schon beim gewöhnlichen Sprechen undeutlich; beim Nachsprechen von schwierigeren Paradigmaten tritt Silbenstolpern auf. Wiederholte Untersuchungen des Augenhintergrundes haben daselbst keine krankhaften Veränderungen ergeben. An den Augen ist die rechtsseitige Ptosis zurückgegangen. Die Pupillen sind jetzt beiderseits gleich, sehr weit und nach wie vor lichtstarr. Statt der früheren rechtsseitigen Fazialisparese findet sich eine solche jetzt auf der entgegengesetzten Seite. Im übrigen zeigt der

jetzige Befund keine weiteren Abweichungen gegen den früheren. Für seine Klagen betreffs schlechten Hörens sind krankhafte Veränderungen der Trommelfelle nicht nachweisbar.

Bei einer in jüngster Zeit vorgenommenen Intelligenzprüfung gab er zum Teil ganz richtige und sachgemäße Antworten, zum Teil schwatzte er aber alles sinnlos durcheinander, besonders zum Schluß der Unterhaltung, und war schließlich gar nicht mehr zu geordneten Antworten zu fixieren. Wiederholte Schmierkuren in Verbindung mit Jodkali-Behandlung blieben ohne sichtbaren Erfolg auf den Verlauf der Erkrankung. Krämpfe und Ohnmachtsanfälle sind hier nicht mehr bei ihm aufgetreten, auch hat er hier nie Sinnestäuschungen weiter geäußert.

Fall III.

M. M., Arbeiter, geb. 1870. Erblich nicht belastet. Kein übermäßiger Alkoholgenuß. 1904 angeblich über Nacht plötzliche Lähmung des rechten Arms. Ende Juni 1905 fing er an, „nicht so ganz richtig" zu sprechen, hatte nirgends Ruhe, schlief nicht, meinte, es sei das Beste, zur Beichte zu gehen und dann den Kopf auf die Eisenbahnschienen zu legen, denn er müsse doch bald sterben. In der Nacht vom 5.—6. Juli 1905 stand er auf, fing an, den Rosenkranz zu beten, sprang dann auf seine Frau zu und wollte sie würgen. Als Mitbewohner auf ihr Geschrei herbeieilten, hieb er auf diese mit dem Spaten los und brachte ihnen recht gefährliche Wunden bei. Er glaubte, er und seine Frau wären vom Teufel besessen und wartete nur auf seine Frau, um sie zu erwürgen, da sie ihm den Teufel angetan hätte. Aufnahme in die hiesige Anstalt am 8. Juli 1905. Er wurde an den Händen gefesselt hergebracht, da er unterwegs gegen seine Begleiter gewalttätig geworden war. Auf dem Kopf hatte er eine 4 cm lange tiefe Hautwunde, und auch sonst zeigte er am ganzen Körper zahlreiche kleinere Wunden und Hautabschürfungen. Im Aufnahmezimmer verhielt er sich leidlich ruhig. Er gab an, er sei vom Teufel besessen, habe Angst, daß ihm die Kehle durchgeschnitten werde. Dann sagte er wieder, er habe keine Angst, wovor er denn auch Angst haben solle. Er habe ein Glas Bier getrunken gehabt und sei danach krank geworden. Hier sei er im Krankenhaus. Auf der Station war er gleich hinterher sehr unruhig, schrie auf und schwatzte auf polnisch vor sich hin. Auf Fragen gab er keine Antworten, riß nur den Mund auf und klappte ihn wieder zusammen. Er ließ sich nicht ankommen, schlug und biß sofort. Nach Hyoszin-Morphium schlief er dann ruhig die Nacht hindurch.

9. Juli. Seit dem Morgen wieder hochgradig erregt, springt zeitweilig plötzlich aus dem Bett heraus, geht dann auf seine Umgebung los, schlägt, beißt und kratzt und will immer in die Fensterscheiben. Er ist weder im Bett, noch in der Badewanne zu halten. Nach Hyoszin-Morphium ruhig, bleibt dann den ganzen Tag über im Bad, am Abend wieder Hyoszin-Morphium, wonach er ruhig die ganze Nacht hindurch schläft.



10. Juli. Von früh an wieder hochgradig erregt, bekommt am Vormittag wieder Hyoszin-Morphium, wonach er bald einschläft und den ganzen Tag über schläft. Er schläft auch die Nacht und den nächsten Tag bis zum Abend durch (11. Juli). Am Abend liegt er mit offenen Augen ruhig da, hält die Glieder ganz steif und starr und spricht kein Wort.

12. Juli. Die Nacht hindurch hat er ohne weitere Arznei ruhig geschlafen, verhält sich auch am Tage ganz ruhig, spricht kein Wort. Da er hier bisher fast nichts gegessen, wird er mit der Sonde gefüttert.

13. Juli. Er schläft fast immerfort, Tag und Nacht, macht einen komatösen Eindruck. Sondenfütterung.

14. Juli. Ißt heute allein, wenn auch nur wenig, schläft weiter fast ununterbrochen.

15. Juli. Etwas munterer, ruhig, nimmt allein Nahrung zu sich.

Körperlicher Befund:

Monoparese des rechten Arms. Patellarreflex rechts gesteigert, links nicht auszulösen. Beiderseits kein Patellar- und kein Fußklonus, kein Babinski. Plantarreflex beiderseits sehr lebhaft. Muskulatur an den Waden scheinbar auf Druck schmerzempfindlich.

16. Juli. Schläft immer noch viel, nimmt jetzt jedoch reichlich Nahrung zu sich.

17. Juli. Heute vollständig munter, sitzt zeitweise aufrecht im Bett da und blickt sich um, verhält sich ruhig. Seine Sprache ist vollständig unartikuliert und unverständlich. Er sucht sich durch Gebärden und Gestikulationen verständlich zu machen. Er versteht jedoch, was zu ihm gesagt wird, und kommt den ihm erteilten Aufforderungen ziemlich prompt nach.

Körperlicher Befund:

R. Fazialisparese. Augen o. B. Monoparese des r. Arms. Patellarreflex beiderseits sehr lebhaft. Kein Patellar- und kein Fußklonus. Kein Babinski. Plantarreflexe normal. Hautsensibilität intakt.

Am Abend wieder plötzlicher Erregungszustand; sprang aus dem Bett heraus, jammerte und schrie dabei in unverständlichen Worten.

19. Juli. Muskulatur des r. Arms schlaff, atrophisch, von geringerem Umfang wie links. Schmerzempfindlichkeit an der rechten Gesichtshälfte und dem r. Arm vollständig aufgehoben, sonst überall normal. R. Lagophthalmus.

20. Juli. Erysipel, von den stark eiternden Kopfwunden ausgehend, eitriger Ausfluß aus dem linken Ohre. Temp. 40,0 C.

29. Juli. Erysipel zurückgegangen. Normale Temperatur.

Körperlicher Befund wie zuletzt.

7. August. Dauernd vollständig ruhig.

10. August. Erscheint heute regsamer, bemüht sich sichtlich, sich verständlich zu machen, ohne daß es ihm jedoch gelingt. Aufforderungen,

bestimmte Gegenstände, z. B. Hut, Schlüssel zu nehmen, kommt er prompt nach und führt sie richtig aus. Er zeigt einen lebhaften Gesichtsausdruck und sieht sich interessiert um. — Beginn einer sechstägigen Schmierkur.

24. August. In der Zwischenzeit ruhig und geordnet, hat zwei Schmierkuren durchgemacht, jetzt ausgesetzt.

27. August. Seit zwei Tagen nachts unruhig, spricht und geht im Saal umher. Seit heute morgen Nahrungsverweigerung, leicht erregt und verwirrt, blieb jedoch im Bett. Am Nachmittag gegen 4½ Uhr plötzlich hochgradig erregt, sprang aus dem Bett heraus, ging auf einen anderen Kranken los und mußte isoliert werden. Abends 6 Uhr lag er ganz bewußtlos in der Zelle und reagierte auf keine Hautreize. Das rechte Auge war halb geöffnet, das linke vollständig geschlossen. Gegen 7¼ Uhr abends wieder plötzlich hochgradig erregt, zerriß alles. Nach Hyoszin-Morphium bald ruhig, schlief weiter ruhig die Nacht hindurch.

28. August. Seit dem Morgen wieder hochgradig erregt, schläft nach Hyoszin-Morphium bis Nachmittag 4 Uhr, seitdem gleich wieder tobsüchtig, schläft dann nach Hyoszin-Morphium gleich wieder ein.

30. August. Gestern und heute anhaltend erregt. Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung.

31. August. Heute morgen leidlich ruhig, nimmt von selbst Nahrung zu sich. Am Abend wieder plötzlicher Erregungszustand.

20. September. In der Zwischenzeit dauernd sehr unruhig, weder im Bett, noch im Bad zu halten, bekommt täglich Hyoszin-Morphium.

5. Oktober. Seit einigen Tagen leidlich ruhig.

16. Oktober. Zeitweilig ruhig, dann wieder sehr erregt, so daß er nicht im Bett gehalten werden kann.

31. Oktober. Dauernd verwirrt, zeitweilig immer wieder hochgradig erregt.

1. Dezember. Seit letzter Zeit ganz ruhig, steht nachmittags auf.

1906. 9. Januar. In der Zwischenzeit stets ruhig, steht den ganzen Tag über auf. — Körperlicher Befund wie früher.

20. Januar. Heute morgen 6 Uhr plötzlicher Insult: brach zusammen und bekam krampfartige Zuckungen am ganzen Körper. Am Vormittag komatös, spastische Lähmung beider Beine und Arme. Patellarreflex beiderseits sehr gesteigert.

21. Januar. Heute wieder munter, nimmt von selbst Nahrung zu sich, versteht jedoch scheinbar nicht, was zu ihm gesagt wird.

22. Januar. Hat sich wieder vollständig erholt, versteht auch, was zu ihm gesagt wird. Schmierkur.

22. April. In der Zwischenzeit stets ruhig. — Wiederholte Schmierkuren. Die Lähmungserscheinungen und Sprachstörungen bestehen unverändert fort.

4. September. Dauernd ruhig, stumpf und gleichgültig.

1 9 0 7. 28. November. In der Zwischenzeit stets ruhig, stumpf und gleichgültig.

Motorische Aphasie. R. Fazialisparese. R. Ptosis. Beide Pupillen reagieren normal. Monoparese des r. Arms. Ausgeprägte Muskelatrophie des r. Arms, rohe Kraft des r. Arms herabgesetzt. Patellarreflex beiderseits sehr gesteigert. Kein Fußklonus. Babinski beiderseits angedeutet. Gang unsicher, besonders mit dem r. Bein (leichte Parese). Bei passiven Bewegungen im r. Kniegelenk vermehrter Widerstand. Ausgeprägter Romberg. Keine Bauchdeckenreflexe. R. Kremasterreflex fehlt, l. normal. R. Plantarreflex fehlt, l. schwach. Schmerzempfindlichkeit der Haut und der Muskulatur scheinbar überall gesteigert. R. Kornealreflex ganz schwach, l. normal.

3. Dezember. Augenspiegelbefund: L. Papille und Retina o. B. R. Papille im ganzen verzogen und temporalwärts nicht ganz scharf abgegrenzt. Unterhalb der Papille finden sich in der Retina im Verlauf der Gefäße vereinzelte weißliche Flecken. Keine abnorme Gefäßfüllung.

1 9 0 8. 1. Februar. Lähmungserscheinungen unverändert. Psychisch gleichmäßig ruhig, stumpf und gleichgültig.

Fall IV.

F. K., Techniker, geb. 1876. Über erbliche Belastung ist nichts bekannt. Kein übermäßiger Alkoholgenuß. 1892 Drüsenvereiterung in der linken Leistenbeuge. Im Februar 1905 große spitze Warzen an der Glans penis. Dezember 1905 harter Schanker. 8 Wochen später Ausschlag an der Brust und den Beinen, spez. Behandlung. In der Nacht vom 22.-23. März 1906 Schwindelanfälle, konnte nicht schlafen, sah ein Muttergottesbild an der Wand hängen, das in Wirklichkeit nicht da war. Am nächsten Tage fühlte er sich gar nicht wohl. In der Nacht konnte er dann wieder nicht schlafen, hatte allgemeines Angstgefühl und Beklemmung, war unruhig und aufgeregt, glaubte sterben zu müssen, hatte Atembeschwerden, schwitzte stark. Den ganzen nächsten Tag über blieb er aufgeregt, verspürte eine auffallende Schwäche im linken Bein, so daß er es beim Gehen nachziehen mußte. Das Weiße in seinen Augen sei ganz schwarz gewesen, ebenso sei die Haut auf dem Rücken beider Hände ganz schwarz gewesen und an der Innenfläche beider Hände sei ihm das Wasser nur so heruntergelaufen. Die ganze nächste Zeit über war er aufgeregt und hatte allgemeines Angstgefühl. Er glaubte, alles mögliche zu sehen und zu hören. Er glaubte z. B. Leichenträger zu sehen, ferner Kränze; nachts traten Leute an sein Bett heran und sagten zu ihm, er müsse sterben; er wies sie jedoch zurück und meinte, es wäre noch nicht Zeit. Es fiel ihm ferner auf der Straße alles mögliche als absonderlich auf: irgendwelche Schrift, die er auf sich bezog; ferner das Militär auf der Straße: dachte daran, das Militär sei Kämpfer für den Kaiser, er selbst sei Kämpfer für Gott. Ferner hatte er Rauschen und Klingen in den Ohren, hörte

Pfeifen; das geringste Geräusch erklang ihm wie Donnern und als ein unheimliches Rollen. Am 20. Mai 1906 lief er mit einem Kruzifix in der Hand unter Lamentationen durch die Straßen. Darauf wurde er ins Krankenhaus gebracht. Dort kniete und betete er und sang Choräle. Nahrung nahm er nicht zu sich, war andauernd sehr erregt und schlug sich mit den Fäusten gegen Brust, Arme und Beine. Aufnahme in die hiesige Anstalt am 18. Juni 1906.

Bei seiner Aufnahme hierselbst zeigte er ein ruhiges und geordnetes Verhalten. Er war zeitlich und örtlich genau orientiert und gab auf alle Fragen, auch betreffs seiner Krankheit, sachgemäß und bereitwillig Auskunft. Mit Ausnahme der Vorgänge in den ersten 14 Tagen im Krankenhause, über die er sich nicht recht klar war, wußte er über seine ganzen Krankheitserscheinungen Bescheid. Daß das alles Krankheit gewesen sei, wisse er. Wie das alles gekommen sei, könne er sich nicht erklären. Jetzt habe er keine Beschwerden mehr, fühle sich ganz gesund und vollständig klar im Kopf.

Körperlicher Befund 20. Juni: R. Fazialisparese. Augen o. B. Gang o. B. Kein Romberg. Patellarreflex beiderseits nur ganz schwach angedeutet. Kein Babinski. Plantarreflex beiderseits lebhaft. Bauchdecken- und Kremasterreflex normal. Schmerzempfindlichkeit der Haut gesteigert. Keine Sprach- und Schriftstörungen.

5. Juli. In der Zwischenzeit gleichmäßig ruhig und geordnet. Seit heute verändert: mißmutig, deprimiert und weinerlich, zeigt einen verstörten Gesichtsausdruck, macht allerlei geheimnisvolle Andeutungen über seine eigene Sündhaftigkeit und Wertlosigkeit, verweigert die Nahrungsaufnahme. Er habe eine göttliche Botschaft von Maria und Jesus erhalten, daß er fasten und sich für eine göttliche Mission vorbereiten solle.

23. Juli. In der Zwischenzeit ängstlich erregt, zeitweilig Sondenfütterung.

4. August. Wieder ruhig und äußerlich geordnet.

15. August. Häufig Klagen über Kopfschmerzen, zeigt wieder einen ängstlichen Gesichtsausdruck, will nichts essen, bezieht die Reden der anderen Kranken auf sich, daß er nichts essen s o l l e , weint sehr viel.

20. August. Zunehmender ängstlicher Erregungszustand; er habe sich schwer versündigt, habe so leichtsinnig gelebt, sei dadurch krank geworden. Er verweigert die Nahrungsaufnahme; es habe ihn schon immer gequält, daß er entgegen seinem Schwur hier gegessen habe. Alles, was die Kranken hier sprechen, habe im großen und ganzen immer denselben Sinn, weil es eben nicht aus den Kranken selbst komme, sondern von Geistern herrühre, die aus den Kranken heraus sprechen.

13. September. Dauernd hochgradig ängstlich erregt, anhaltend Nahrungsverweigerung, fast täglich Sondenfütterung. Den Arzt werde die Strafe des Himmels treffen, weil er (Patient) so zur Nahrungs-

aufnahme gezwungen werde. Er sei verdammt und dürfe nicht mehr essen.

1. Oktober. Dauernd Nahrungsverweigerung, täglich Sondenfütterung.

2. November. Anhaltend hochgradig ängstlich erregt, sieht an der Decke Geister, Teufel und Fratzen, spricht immerfort vom Sterben.

6. Dezember. Seit einigen Tagen ruhiger und weniger ängstlich, fängt wieder an, selbst zu essen.

15. Dezember. In der Zwischenzeit ruhig, seit heute wieder hochgradig ängstlich erregt, weint und jammert viel, verweigert jegliche Nahrungsaufnahme. Sondenfütterung.

31. Dezember. Wieder ruhig, ißt von selbst.

1907. 20. Januar. Wieder Nahrungsverweigerung. Sondenfütterung.

15. April. In der Zwischenzeit anhaltend Nahrungsverweigerung: das Essen habe sowieso keinen Zweck, da ihm nachts immer Rauch und Dampf durch die Därme hindurchgelassen werde. Heute hat er wieder angefangen, von selbst zu essen.

16. Juni. In der Zwischenzeit ruhig, aber ganz uneinsichtig.

9. Juli. Abweisend, uneinsichtig, fühlt sich leicht verletzt, läßt sich selbst in seinem ganzen Verhalten sehr gehen, macht einen mäßig schwachsinnigen Eindruck.

23. Juli. Reizbar und abweisend, wird leicht sehr erregt: hier werde er nur krank gemacht, bekomme Gift in sein Essen, bekomme Morphium, damit er immer länger am Leben bleibe. Im Saale seien alle möglichen Dünste, die vom Teufel ausgehen. Sein Magen ziehe sich ganz zusammen. Er wolle als katholischer Christ leben und sterben, deswegen werde er nicht entlassen.

22. November. In der Zwischenzeit im allgemeinen ruhig, wird in der Unterhaltung leicht sehr erregt, äußert in uneinsichtiger Weise stets die gleichen Wahnvorstellungen.

1908. 1. Februar. Im allgemeinen ruhig, stumpf und gleichgültig, ganz uneinsichtig, macht im ganzen einen ziemlich schwachsinnigen Eindruck.

Körperlicher Befund: Rechts leichte Ptosis. Patellarreflexe fehlen. Sensibilität intakt. Im übrigen findet sich der gleiche körperliche Befund wie früher.

Fall V.

E. R., Landwirt, geboren 1864. Erblich nicht belastet. Hat nicht getrunken. Als Soldat Lues, zweimal Schmierkur. Verheiratet, drei Aborte, drei Kinder leben. Im Mai 1899 erkrankte er geistig unter den Zeichen von Depression: betete viel, war still und in sich gekehrt. Im März 1900 kam er ins Krankenhaus: war gehemmt, äußerte Selbstbeschuldigungen und fürchtete Gottesstrafen. Aufnahme in die hiesige Anstaltam 24. Juli 1900.

Körperlicher Befund: Im Nacken Leucoderma syphiliticum. Starke Pulsation der Karotiden. Aorteninsuffizienz, Puls schnellend. Arterien-

wand starr. Pupillen gleich, eng, nicht ganz rund, reagieren normal. Patellarreflexe lebhaft. Achillessehnenreflexe nicht auslösbar, Hautreflexe auch nicht auslösbar. Gang unsicher, breitbeinig. Kein Romberg. Sensibilität intakt.

Psychischer Befund: Ängstlich erregt, drängt fort, steigt aus dem Bett und bleibt neben demselben stehen, gehemmt, spricht nur hin und wieder leise und zögernd: er sei im Unterirdischen und müsse so brennen, alles tue weh.

17. August. Dauernd ängstlich erregt, betet viel. Dauernd Urinverhaltung. Katheterisation.

25. September. Ganz stuporös, murmelt unverständlich vor sich hin, setzt passiven Bewegungen einen gewissen Widerstand entgegen, kommt auch sonst keinen Aufforderungen nach.

29. September. Ruhiger, aber ganz verwirrt: er sei hier im Himmel, der Arzt sei Gott, der Pfleger wohl ein Engel. Weiß nicht, wie lange er sich hier befindet und wie alt er ist.

1901. 20. Januar. Negativistischer Stupor. Rechts Fazialisparese. Lebhafter Nystagmus horizontalis.

19. April. Jammert viel leise vor sich hin, ohne daß etwas zu verstehen ist, zeigt einen starren, schmerzlichen Gesichtsausdruck, rührt sich nicht, antwortet nicht.

24. Juli. Mutazistisch, Nahrungsverweigerung, Katalepsie, unsauber.

1902. 15. Juni. Unverändert negativistischer Stupor.

20. Dezember. Stumpf und gleichgültig, unsauber, muß gefüttert werden.

1903. 19. Februar. Hat angefangen, spontan zu essen, sich selber an- und auszuziehen und die Reinlichkeit zu wahren. Spricht von selbst einzelne Worte, antwortet jedoch nicht auf Fragen.

16. September. Dauernd sehr gehemmt, stumpf und gleichgültig.

1904. 16. April. Andauernd stuporös, spricht kein Wort, rührt sich fast gar nicht vom Fleck, ganz stumpf und teilnahmlos, ißt von selbst.

1905. 7. August. Andauernder Stuporzustand.

1906. 7. März. Stets sehr still, hat jedoch angefangen, sich etwas zu beschäftigen und hin und wieder zu sprechen.

20. Juli. Regsamer, lebendigerer Gesichtsausdruck, nimmt mehr teil an den Vorgängen in seiner Umgebung, gibt auch hin und wieder auf Fragen kurze Auskunft.

1907. 10. März. Zustand unverändert.

2. Oktober. Seit einiger Zeit regsam und fleißig, gibt auf Fragen sachgemäß und bereitwillig Auskunft. Zeitlich und örtlich orientiert. Er sei hierher gekommen, weil er damals krank war; hatte Angst; verschiedene Gedanken seien ihm immer in den Kopf gekommen, grübelte nach über die Allmacht Gottes; es war ihm so, als wenn er so viel gesündigt hätte und deshalb in die Hölle müßte; er glaubte immer, die andern

Leute wüßten seine Gedanken. Er sei ganz tiefsinnig geworden, habe sich immer mehr von den Leuten zurückgezogen; es sei ihm so gewesen, als wenn er nicht wert sei, sich unter Leuten zu bewegen. Früher sei es ihm immer so gewesen, als wenn er nicht sprechen konnte und durfte; das Gleiche sei es mit dem Essen und Arbeiten gewesen. Daß es mit ihm besser wurde, habe er daran gemerkt, daß er wieder Lust bekam, sich zu beschäftigen und sich mit andern Leuten zu unterhalten. Jetzt fühle er sich wieder ganz gesund.

Intelligenzprüfung: Habe die Schule bis zum 14. Lebensjahre, aber nur unregelmäßig besucht; habe schon während der Schulzeit das Vieh hüten müssen. 3×17 = 51. 37+18 = 55. 43—19 = 24. Nennt die Monatsnamen vorwärts und rückwärts geläufig und richtig. Die Bedeutung der großen kirchlichen Feste gibt er richtig an. Seine geschichtlichen und geographischen Kenntnisse sind seiner Schulbildung entsprechend.

3. Oktober. Körperlicher Befund: Beide Pupillen nicht ganz rund, lichtstarr, reagieren aber auf Akkomodation. Manubrium sterni stark vorgebuchtet. Starkes Aortenaneurysma. Rohr der Art. rad. ziemlich hart. Beim Stehen mit geschlossenen Augen leichtes Schwanken und Schwindelgefühl. Sehnen- und Hautreflexe normal. Sensibilität der Haut intakt. Keine Sprach- und Schriftstörungen.

3. Dezember. Augenspiegeluntersuchung o. B.

1908. 8. Januar. Psychisch gleichmäßig, ruhig und geordnet, macht jedoch einen etwas stumpfen und gleichgültigen Eindruck; auf Fragen gibt er sachgemäß Auskunft und beschäftigt sich stets fleißig. Er wird als gebessert nach Hause entlassen.

Wenn wir noch einmal rekapitulieren, so sehen wir, wie in dem ersten Fall bei einem 41jährigen Manne nach einem voraufgegangenen Insult einerseits eine Parese des rechten Arms, rechten Beins und rechten Fazialis, sowie Sprach- und Schriftstörungen resultieren und andererseits primär ein geistiger Schwächezustand eintritt, der sich dokumentiert durch Gedächtnisschwäche, Verlust der Merkfähigkeit, gemütliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit, und der vollständige Leistungsunfähigkeit zur Folge hat. Die Erkrankung besteht jetzt etwa $6^1/_2$ Jahre und zeigt einen sehr langsamen Verlauf. Krankheitseinsicht besteht in hohem Grade. Die Behandlung mit ungt. ciner. blieb ohne sichtbaren Erfolg.

Bei dem zweiten Fall handelt es sich um einen 39jährigen Mann, bei dem ebenfalls nach wiederholten leichteren und schwereren Anfällen mit Sinnestäuschungen (Gesicht und Gehör) primär ein geistiger Schwächezustand eintrit: Gedächtnisschwäche und Verlust der Merkfähigkeit. Es besteht ein ausgeprägtes Krankheitsge-

fühl. Er äußert stets die gleichen Klagen über Stirnkopfschmerzen, Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen, Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Er ist vollständig leistungsunfähig. Im allgemeinen zeigt er ein mehr stumpfes und gleichgültiges Verhalten, dann ist er auch wieder mehr ängstlicher und reizbarer Stimmung. Seine Sprache hat sich zunehmend verschlechtert, doch sind die Sprachstörungen nicht immer gleich stark. Die Pupillen sind ungleich und lichtstarr. Eine rechtsseitige Ptosis ist wieder zurückgegangen, und statt einer früheren rechtsseitigen besteht jetzt eine linksseitige Fazialisparese. Die Erkrankung besteht jetzt seit etwa $3^1/_2$ Jahren und ist ohne Erfolg mit Schmierkuren behandelt worden. In dem psychischen Verhalten ist im Laufe des letzten Jahres eine wesentliche Änderung nicht eingetreten.

Im dritten Fall handelt es sich um einen 35jährigen Mann, der jetzt $2^1/_2$ Jahre lang krank ist. Den Anfang der Erkrankung bildet wieder ein Insult mit nachfolgender Monoparese des rechten Arms. Ein Jahr später stellen sich leichte Sprachstörungen ein, und anschließend daran treten hochgradige halluzinatorische Erregungs- und Verwirrtheitszustände auf, die schließlich in einen sekundären Demenzzustand übergehen. In dem Auftreten der nervösen Erscheinungen sehen wir einen dauernden Wechsel. Zurzeit finden wir bei ihm motorische Aphasie, Parese des rechten Fazialis, rechten Arms und rechten Beins, rechts Ptosis und ganz schwachen Kornealreflex rechts. Psychisch macht er einen stumpfen und gleichgültigen Eindruck. Mehrere Schmierkuren sind ohne Erfolg geblieben.

Beim vierten Fall sehen wir, wie ein 30jähriger Mann erkrankt mit leichten Insulten, die sich dokumentieren durch Schwindelanfälle und plötzlich auftretende Schwäche im linken Bein. Darauf folgt ein melancholischer Depressionszustand mit zahlreichen Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Nach drei Monaten gehen die Krankheitserscheinungen scheinbar zurück, aber schon nach einem Monat erfolgt ein neuer Krankheitsausbruch: wieder etwa einen Monat lang ängstlich-erregt, Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen. Nach vierzehntägiger Ruhepause erfolgt ein neuer Erregungszustand, der dann allmählich übergeht in einen ausgesprochen paranoischen Zustand mit geistiger Schwäche. Er zeigt jetzt im ganzen ein stumpfes und gleichgültiges, vollständig einsichts-

loses, dabei ziemlich abweisendes Verhalten, äußert häufig Klagen über Kopfschmerzen, und bringt von Zeit zu Zeit immer wieder hypochondrische Wahnvorstellungen und Vergiftungsideen vor. Von körperlich-nervösen Erscheinungen finden sich rechtsseitige Fazialisparese, leichte Parese des rechten Beins und zuerst ganz schwach angedeutete, jetzt vollständig fehlende Patellarreflexe. Die Erkrankung besteht jetzt seit zwei Jahren. Schmierkuren sind ohne Erfolg geblieben.

In dem letzten Fall sehen wir, wie ein 36jähriger Mann erkrankt mit melancholischer Depression, worauf ein etwa $5^1/_2$ Jahre lang anhaltender Stupor folgt, der schließlich allmählich übergeht in eine weitgehende Remission. Abgesehen von einer leichten gemütlichen Stumpfheit und Gleichgültigkeit, war von einer geistigen Schwäche nichts zu merken, vor allem zeigte er auch keine Intelligenzschwäche. Jedenfalls zeigte er eine derartige Besserung seines psychischen Verhaltens, daß er nach neunjährigem Aufenthalt in der hiesigen Anstalt noch als gebessert und arbeitsfähig nach Hause entlassen werden konnte. Daß wir es nicht mit einer vollständigen Heilung zu tun haben, beweisen schon die auch bei der Entlassung vorhandenen vollständig lichtstarren Pupillen und der Romberg. Wir haben hier aber eine weitgehende Remission vor uns, von der die Zukunft zeigen muß, wie lange sie von Dauer sein wird. Zeitweilig fand sich während der psychischen Erkrankung Nystagmus horizontalis und rechtsseitige Fazialisparese. Außerdem leidet er noch an einem hochgradigen Aortenaneurysma. Während seiner psychischen Erkrankung ist er nicht spezifisch behandelt worden; dagegen hat er gleich nach der syphilitischen Infektion während seiner Dienstzeit als Soldat eine zweimalige Schmierkur durchgemacht.

Wir finden also, abgesehen von dem letzten Fall, in dem nach voraufgegangener melancholischer Depression ein Jahre lang anhaltender Stupor das Krankheitsbild beherrscht, in allen übrigen Fällen als endgültiges Krankheitssymptom geistige Schwäche, die nach voraufgegangenen Insulten teils primär, teils sekundär anschließend an halluzinatorische Erregungs- und Verwirrtheitszustände oder melancholische Depressionszustände resultiert. Wir haben es in allen unseren Fällen nicht mit vollständiger Demenz zu tun, sondern die geistige Schwäche dokumentiert sich überall fast

in gleicher Weise durch gemütliche Stumpfheit und Gleichgültigkeit, Gedächtnisschwäche und Verlust der Merkfähigkeit. In Fall 2 und 4 finden sich ganz zu Anfang der Erkrankung Halluzinationen des Gesichts- und Gehörssinns. Irgendwelche Andeutungen von Größenwahnvorstellungen finden sich in keinem der angeführten Fälle. In Fall 4 zeigen sich neben der geistigen Schwäche paranoide Wahnvorstellungen, hauptsächlich im Sinne der Verfolgung und Beeinträchtigung, die bisher von dem Kranken gelegentlich immer wieder geäußert werden, besonders in Erregungszuständen. Überall besteht ausgeprägtes Krankheitsbewußtsein. Als subjektive Klagen finden wir am häufigsten Klagen über Kopfschmerzen. Dazu tritt ein mannigfaltiges, wechselreiches Bild von körperlich nervösen Störungen. In allen unseren Fällen kommt als alleinige Krankheitsursache Lues in Betracht; vor allem ist auch übermäßiger Alkoholgenuß als Krankheitsursache auszuschließen. Erbliche Belastung ist in keinem Falle vorhanden. Hinzuweisen ist ferner auf das verhältnismäßig jugendliche Alter der Erkrankten (41, 39, 35, 30, 36 Jahre). Bei diesem verhältnismäßig jugendlichen Alter ist auch noch besonders auffallend das frühzeitige Auftreten von arteriosklerotischen Gefäßveränderungen, die sich in drei Fällen finden und besonders stark im letzten Fall mit einem ausgedehnten Aortenaneurysma. Diese frühzeitig auftretenden krankhaften Gefäßveränderungen müssen mit Sicherheit als luische Erkrankungen aufgefaßt werden, zumal andere schädliche Einwirkungen, besonders Alkohol, fehlen.

Strümpell[1]) hat wiederholt und zuletzt erst noch in seiner Arbeit „Über die Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens und der Gefäße" auf die große Häufigkeit der echt syphilitischen Herz- und Gefäßerkrankungen hingewiesen. Ausdrücklich hebt er in der erwähnten Arbeit hervor, daß die gemeinschaftliche Entstehung von Gefäßerkrankungen und Tabes auf eine syphilitische Infektion zurückzuführen ist. Interessant ist in dieser Beziehung unser letzter Fall mit seinem hochgradigen Aortenaneurysma und der gleichzeitig bestehenden reflektorischen Pupillenstarre. Auch für die ganze Beurteilung der Geisteskrankheiten bei Gehirnsyphilis kommt

[1]) *Strümpell*, Über die Vereinigung der Tabes dorsalis mit Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. Deutsche med. Wochenschr., 1907, 21. Nov.



die frühzeitig beginnende Arteriosklerose als wichtiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel sehr in Betracht. Was den ganzen Krankheitsverlauf anbetrifft, so sehen wir, daß derselbe, abgesehen von dem letzten Fall, überall ein ausgesprochen ungünstiger ist; andererseits sehen wir aber auch, wie die Krankheit in allen Fällen sehr langsam und stationär verläuft und unterbrochen wird von häufigen mehr oder weniger weitgehenden und anhaltenden Remissionen. Bei dieser Gelegenheit möchte ich noch hinweisen auf die Arbeit von *E. Mendel*[1]) 1898: „Welche Änderungen hat das klinische Bild der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Dezennien erfahren". *Mendel* erwähnt zunächst in dieser Arbeit als auffallende Tatsache das Zurücktreten der typischen Form der Paralyse (melancholisches oder hypochondrisches oder hypochondrisch-melancholisches Stadium, maniakalisches und dementes Stadium) gegenüber der dementen Form. Weiter macht er darauf aufmerksam, daß bei der typischen Form selbst speziell die Größenwahnvorstellungen im allgemeinen nicht mehr so exzessiv hervortreten, wie dies früher der Fall war. Als eine zweite Tatsache, welche in bezug auf den Verlauf der progressiven Paralyse in der neueren Zeit auffällt, hebt er das verhältnismäßig häufige Auftreten erheblicher Remissionen hervor. Ein Vergleich dieser Ausführungen mit dem geschilderten Krankheitsverlauf unserer fünf Fälle zeigt in mancher Beziehung eine ziemliche Übereinstimmung. Wie schon zu Anfang gesagt ist, wird die Differentialdiagnose häufig recht schwer sein. Wenn wir jedoch im Krankheitsverlauf ein so mannigfaltiges und wechselreiches Bild von körperlich-nervösen Störungen finden und uns ein wie oben geschilderter psychischer Befund entgegentritt, in dem einerseits Größenwahnvorstellungen und andererseits die der Paralyse eigene vollständige, tiefe Demenz fehlen, wenn wir weiter den äußerst langsamen, von häufigen und weitgehenden Remissionen unterbrochenen Krankheitsverlauf berücksichtigen, dann werden wir in den betreffenden Fällen progressive Paralyse ausschließen und an Geistesstörung bei Gehirnsyphilis denken müssen. Die Prognose auf Wiederherstellung bis zur Arbeitsfähigkeit muß für die Psychosen bei Lues cerebri im allge-

[1]) *Mendel, E.*, Welche Änderungen hat das klinische Bild der progressiven Paralyse der Irren in den letzten Dezennien erfahren? Neurolog. Zentralbl., 1898, Nr. 22.

meinen als ungünstig bezeichnet werden, abgesehen vielleicht von ganz leichten Fällen, die frühzeitig und möglichst lange einer energischen spezifischen Behandlung unterworfen werden. Bei schon längere Zeit bestehender Erkrankung dürfte von einer spezifischen Behandlung wohl kein Erfolg mehr zu erwarten sein. In vier von unseren fünf Fällen hat sich die zum Teil recht energisch durchgeführte spezifische Behandlung jedenfalls als vollständig erfolglos erwiesen. Der letzte trotz der langen Krankheitsdauer noch relativ günstig verlaufene Fall ist in der hiesigen Anstalt überhaupt nicht spezifisch behandelt worden; es ist allerdings dafür gleich nach der Infektion vor der psychischen Erkrankung und der Aufnahme in die hiesige Anstalt eine spezifische Behandlung eingeleitet worden.

Zur perniziös verlaufenden Melancholie.

Von

Dr. **Döblin** in Buch, städt. Irrenanstalt.

Im folgenden berichte ich über zwei Fälle von Erkrankungen im höheren Alter, die sich von dem bekannten Bilde der Melancholie (im Sinne *Kräpelins*) abgrenzen. Die Fälle ähneln dem von *Nitsche* im Verein Bayerischer Psychiater 14. VI. 05 (siehe Allg. Zeitschr. 62. Bd., S. 864) vorgestellten, der sich nach *Nitsches* Meinung nicht einreihen ließ den seiner Schule bekannten Formen. *Kräpelin* selbst kennt Fälle (Lehrb. d. Psych. Bd. 2, S. 451), bei denen er es dahingestellt sein lassen wolle, ob diese ungemein schweren und das Leben ernstlich gefährdenden Krankheitsbilder wirklich immer der Melancholie angehören. Vielmehr habe er den Verdacht, daß es sich hier bisweilen um ganz andersartige, uns bisher nur ungenügend bekannte Krankheitsformen handele. Der anatomische Befund pflege ungemein schwere und ausgebreitete Veränderungen des Rindengewebes, insbesondere Untergang zahlreicher Nervenzellen, aufzuweisen, ohne daß doch zurzeit schon eine einigermaßen gesicherte Deutung derselben möglich wäre. Von *Wernicke* (Grundriß S. 468) werden Erkrankungen vom Typus einer ungünstig verlaufenden akuten progressiven Psychose beschrieben als zusammengesetzte Motilitätspsychosen (Angstpsychose und Motilitätspsychose).

Die letztgenannten Autoren berichten an den angezogenen Stellen nur über die außerordentlich hohen Grade, welche die Angst in einzelnen Fällen erreicht, den Hinzutritt hyper-parakinetischer Symptome, rhythmisch monotones Schreien, das selbstgefährliche Gebahren der Patienten. In *Nitsches* Fall entwickelte sich bei einer 47jährigen Frau nach mehrmonatiger Depression und Schlaflosigkeit eine heftige Angstpsychose mit Versündigungsideen, Furcht, schwanger

zu sein, bei erhaltener Besonnenheit. Nach zehn Tagen Verworrenheit mit Angst und sinnloser Erregung, dann ein eigentümlicher tiefer Verworrenheitszustand mit Ratlosigkeit, wenig Affekt, großem Sprechdrang, Inkohärenz, ziellosem, wenig energischem Bewegungsdrang; die Patientin war sehr schwer fixierbar, nicht ablenkbar. Trotz sorgfältigster Ernährung war das Körpergewicht rapid gesunken. Der Autor fügt hinzu, daß, wenn es gelinge, die Kranke am Leben zu erhalten, Ausgang in psychische Schwäche wahrscheinlich sei.

Die beiden folgenden Fälle verliefen letal. Den eigentümlichen Verworrenheitszustand bei großem Sprechdrang, wenig Affekt, Inkohärenz boten beide Patientinnen; die Fälle sind aber insofern nicht konform dem *Nitsches*, als der Verworrenheitszustand nicht als selbständiger Abschnitt über längere Zeit verlief, sondern vorübergehend tagelang oder bloß stundenlang sich abhebt aus schwerer Angsterregung. Klinisch waren die Fälle sehr ähnlich; der Sektionsbefund war auffallend dürftig. Einen Überblick über den Verlauf geben folgende Journalauszüge.

Frau T., 57 Jahre alt, aus gesunder Familie, vier Partus, Klimakterium vor acht Jahren. In den letzten Jahren Kopfschmerzen, dazu mißgestimmt. Seit März 1907 bettlägerig, klagt über Schwäche, Schlaflosigkeit, Kopfweh, hat eigentümliche „Anfälle“: die Brust flog ihr, sie fror und war heiß, sie zitterte und schüttelte sich, sprach dabei und war bei Bewußtsein; fünf Minuten Dauer. Seit da viel mit sich beschäftigt und versunken, blieb mitten im Satz stecken, wollte gesund werden, drängte ins Krankenhaus. Sie wußte selbst nicht, was sie wollte. Keine nächtliche Unruhe, kein Stimmungswechsel, weint zuletzt viel. Zitteranfälle oft zweimal täglich. Am 5. August 1907 in Buch aufgenommen. Die peripheren Gefäße weich, aber geschlängelt; Urin o. B.; keine Halbseitensymptome, dagegen Druckpunkt der Mamma, eines Wirbels. Sei seit März im ganzen Körper ängstlich. Bei der Intelligenzprüfung ruhig, zeigt keinen Defekt. Ist im folgenden gedrückt, für sich zum Weinen geneigt, sieht viel zum Fenster hinaus; hat sicher Bedrohungshalluzinationen, „Fertig zum Abschlachten“, neigt zur Eigenbeziehung.

7. August. Klagt über Angst, schwer zur Auskunft zu bewegen. Aufmerksam, gespannter Gesichtsausdruck; wird nie gesund werden. Immer am Fenster stehend.

10. August. Zunehmende ängstliche Unruhe.

10. September. Unverändert gespannt. Fragt, ob die Beruhigungsmittel nicht Gift enthalten; woher sonst das beängstigende Gefühl käme.

11. September. Rapider Erregungsanstieg. Geht umher, jammert: „Was hab ich getan, was hab ich getan?" Redet ununterbrochen, ist nicht zu fixieren. Zerreißt abends ihre Kleider, zerschlägt einen Stuhl.

12. September. Gestern abend noch Scheibenschlagen. Wiegt sich im Bett hin und her, zerkratzt sich die Brust, heult laut. Hat sich hinten im Rachen blutig gekratzt, speit Blut. Dauerbad. Wiederholt monoton: „Gnade, Gnade! Was hab ich getan? Was hab ich denn gemacht? Hab ich in meiner Angst was gemacht? Ich schrei so, weil es mich packt. Was ist mit mir vorgegangen? In meinem Kopfe dröhnt es."

20. September. Beruhigung eingetreten. Bettlagerung. Klammert sich an, wimmert: „Erbarmen, Gnade usw., erbarmen Sie sich ein einziges Mal. Bin ich denn solch eine Sünderin?"

7. Oktober. Wird immer stiller. Spricht sehr wenig, nur spontan. Keine Spannung des Gesichtsausdrucks; ratlos, hilflos. Auffällt die starke Abmagerung; keine lokale Ursache auffindbar. Ißt schlecht; bricht bisweilen, Sondenfütterung.

20. Oktober. Patientin geht öfter aus dem Bett. Der Gesichtsausdruck ist maskenhaft unbelebt. Spricht vor sich hin, nimmt alles auf. was sie im Saale hört, bezeichnet, was sie sieht, läßt sich nicht stören in ihrem Treiben. Lächelt öfter, wendet sich ab.

21. Oktober. Wie eine Katatonische in Mimik, Unbeeinflußbarkeit. Wiederholt immer ein und dasselbe, Affekt nicht erkennbar. Ruhiger sonst im Bett; ißt besser, mechanisch.

23. Oktober. Heute wieder freier; wimmert wieder; murmelt viel, sehr leise, unverständlich vor sich hin. Ist zu keiner Antwort zu bewegen, zeigt auf Aufforderung nicht die Zunge, gibt nicht die Hand; dabei schweifender Blick.

15. November. Patientin liegt still im Bett; spricht gar nicht. Fortdauernde Verschlechterung des Körperzustandes; bricht häufig; keinerlei Medikation. Gesichtsausdruck apathisch.

3. Dezember. Keinerlei Veränderung psychisch; völlig stumm. Leidender Gesichtsausdruck. Somatisch lokal nichts zu finden.

22. Dezember. Exitus letalis.

Der Sektionsbefund zeigt im wesentlichen hochgradige Abmagerung, ein kräftiges Herz, keine Herzmuskelerkrankung; die Magenschleimhaut ist aufgelockert. Die Aortenintima leicht gelblich, aber ohne Einlagerung, die Hirngefäße völlig frei von Arteriosklerose, keine makroskopischen Herde und Veränderungen; Hirnhäute o. B. Als Todesursache wird Erschöpfung angenommen.

Zweiter Fall. Frau M., 63 Jahre alt. Vater soll geisteskrank gewesen, ein Sohn ebenfalls gestorben. Klimakterium vor elf Jahren. Patientin war immer reizbar, zanksüchtig. Seit drei Jahren erregter. Gegen Mitte 1907 beginnt Unruhe mit Ängstlichkeit; Patientin wird unstet, wandert herum. Klagt über Herzdruck, anfallsweise auftretende

Magenschmerzen. Will ins Krankenhaus, ist mit keiner Behandlung zufrieden. 29. Oktober 1907 aufgenommen, klagt über Unruhe; hypochondrische Beschwerden: Zunge sei so belegt, Stuhlgang schlecht; orientiert, gibt bereitwillig, etwas weitschweifig Auskunft. Bietet keinerlei Intelligenzdefekt. Gespannter Ausdruck, negiert Halluzinationen.

11. November. In den ersten Tagen unauffällig, jetzt zunehmende Ängstlichkeit und Unruhe.

25. Dezember. Wesentlich gleichbleibend.

9. Januar 1908. Still, okkupiert, mißtrauischer, beobachtender Blick, hat Beziehungsideen, Phoneme, die ihr sagen, sie solle dies und dies tun, damit sie gesund werde usw. Habe gestern geschwiegen, weil die Stimme das gesagt habe. Reibt mit den Händen zusammen; leichte sonstige motorische Erregung.

15. Februar. Außerordentliche Angst. Vage Versündigungsideen; klammert sich an, bittet um Verzeihung.

25. Februar. Eigentümliche, stundenlang dauernde Zustände (besonders in der Mittagszeit nach dem Essen). Patientin wandert herum, steht an der Tür, drängt hinaus, spricht vor allem andauernd inkohärent. Sie benennt in beliebigem Zusammenhang alles, was sie sieht, greift im Saale fallende Worte auf. Bisweilen gelingt es, sie zu fixieren; antwortet auf die Frage, warum sie so sinnlos durcheinanderrede: „Ich weiß selbst nicht, warum ich so viel spreche“, redet dann aber gleich sinnlos weiter. Der Affekt ist schwer zu benennen; gewisse Unruhe, aber flacher als sonst. Der Gesichtsausdruck entspannt; neugierig vielleicht. Dies geht nach einiger Zeit kontinuierlich in die übliche ängstliche, gespannte Unruhe über: wiegt sich im Bett, ringt die Hände, bittet um Einlauf wegen Verstopfung: „Verzeihung, daß ich unten hingefaßt habe.“

12. März. Zunahme der Intensität des Prozesses.

16. März. Etwas ruhiger; besser im Bett; spricht nicht mehr so viel; ißt schlecht.

18. März. Die Patientin erschien in den beiden letzten Tagen etwas schwächer, ohne daß lokaler Verdacht vorläge. Heute morgen ohne Vorboten plöztlicher Exitus letalis.

Der Sektionsbefund befriedigte nicht recht. Kräftige Frau. Keine Herde oder Entzündungen im Gehirn, keine Arteriosklerose der Hirngefäße. Herz recht gut; die Aortenintima leicht gelb verfärbt, ohne Plaques, Leber und Nieren blaß gelblich. Magen, Darm o. B.

In beiden Fällen liegt ein Bild vor, das zunächst durchaus von der Angst beherrscht wird, welche die hohen Grade der Melancholia activa erreicht, dazu Beziehungsideen, Versündigungsideen, phantastischer Bedrohungswahn, Phoneme. Vorübergehend treten nun affektflache Zustände auf mit Sprech- und Bewegungsdrang, Inkohärenz, Ziellosigkeit; letaler Ausgang ohne befriedigende lokale Ur-

sache. Die Zustände als „Steigerung“, „Wellengipfel“ der Angst im Sinne *Wernickes* aufzufassen, geht nicht an; sie erheben sich nicht auf dem Gipfel der Angst, lassen diesen Affekt nicht in ihrem Ablauf hinreichend erkennen, erscheinen im ganzen andersartig, keinem Ausdruck des Affekts dienend. In den Krankheitsverlauf dürfte nur mit Zwang eine psychologische Einheit hineinkonstruiert werden können. Ob der perniziöse Verlauf etwa nur auf Kosten der Schwere der Angsterregung zusammen mit komplizierenden Faktoren (Alter der Patientinnen, die leichte Arteriosklerose usw.) zu setzen sei, bleibt dahingestellt; der Kräftekonsum war bei der kontrollierten Ernährung jedenfalls auch nach Fortfall der Erregung im ersten Fall progressiv. Das klinische Bild ist recht eigenartig und erinnert an die gleichfalls schwer rubrifizierbaren katatonoiden senilen Formen, die in Schwachsinn übergehen.

Ein Fall von Bromismus.

Von

Dr. **Hankeln** in Königsberg.[1])

In der Armen- und poliklinischen Praxis besteht bekanntlich noch vielfach die Gewohnheit, den Kranken das Bromkalium in größeren Mengen zu verschreiben und ihnen die Weisung mitzugeben, sich selbst eine Lösung anzufertigen. Diese Art der Verordnung kann jedoch ohne genau gegebene Vorschrift für die Anfertigung der Lösung und ohne warnenden Hinweis auf die Möglichkeit von etwa auftretenden Nebenwirkungen, zuweilen auch infolge mißverständlicher Auffassung der Verordnung seitens des Kranken bedenkliche Folgezustände herbeiführen.

Ein vor kurzem in der hiesigen psychiatrischen Klinik beobachteter Fall[2]), dessen Krankengeschichte mir von Herrn Prof. *Meyer* bereitwilligst zur Verfügung gestellt wurde, möge zur Bestätigung des eben Gesagten dienen.

K., Martha, 49 Jahre alt, ledig. Aufgenommen am 2. Januar 1908. Eltern gesund gewesen. Eine Tante väterlicherseits geisteskrank, ein Neffe befindet sich noch in der Anstalt. Im achten Lebensjahre Auftreten von Epilepsie; bis zum 14. Jahre leichte Anfälle von kurzer Dauer, dann schwere Krampfanfälle mit Zungenbiß in verschieden langen Zwischenräumen. Allmählich wurden die Zwischenzeiten immer größer; Im Alter von 21 Jahren hörten die Anfälle auf. Wiederauftreten derselben nach jahrzehntelanger Pause im vergangenen Sommer. In der Schule nicht besonders gut gelernt. Viele Sorgen gehabt, viele traurige Tage erlebt. Soll immer sehr „nervös" gewesen sein, sonst sei aber in ihrem

---

[1]) Aus der Psychiatrischen Klinik der Universität in Königsberg (Direktor: Prof. Dr. *E. Meyer*).

[2]) Vorgestellt von Herrn Prof. *Meyer* im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg am 6. 1. 08. Vgl. Deutsche med. Wochenschrift 1908. Nr. 9.

Verhalten nichts Besonderes aufgefallen. Hat zu Hause die Wirtschaft geführt. Im vergangenen Sommer Anfall mit Zungenbiß, dann seit etwa ¼ Jahr öfter Auftreten von Schwindelanfällen. Gleichzeitig Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit (einmal Erbrechen), Abnahme des Körpergewichts. Wurde von ihrem Arzt mit Brom in schwacher Lösung, Veronal, Valyl behandelt. Ein anderer zugezogener Arzt verordnete eine starke Bromkaliumlösung, und zwar 50,0 Kal. bromat. auf 200,0 Wasser, hiervon dreimal täglich einen Teelöffel. Statt dessen nahm sie jedoch dreimal täglich einen Eßlöffel, verbrauchte also täglich etwa 11,0 g. Nachdem die Kranke etwa 2½ Wochen lang das Brom in der angegebenen Weise genommen hatte, beobachtete man Sprachstörungen, taumelnden Gang, Schlafsucht, geringe Nahrungsaufnahme. Als sie auf Anraten des Arztes weniger Brom nahm, schlief sie nicht, hatte viel Gesichtshalluzinationen (besonders ängstlicher Natur): sah allerlei Gestalten, die ihr etwas antun wollten, an verschiedenen Gegenständen sah sie Aufschriften, Männer und Pferde kamen aus dem Ofen. Hatte den unwiderstehlichen Trieb, auf die Straße zu gehen, zu verreisen, sprach von Verehrern, verkannte Personen (ihr eigenes Dienstmädchen). Chloralhydrat und Morphium hatte nur vorübergehenden Erfolg. Da die genannten Krankheitserscheinungen von neuem auftraten, wurde sie am 2. Januar 1908 in die Klinik gebracht. In etwa drei Wochen hatte sie 150 g Bromkalium verbraucht.

Status praesens. I. Psychisch. Bei der Aufnahme erscheint die Kranke völlig ruhig und geordnet. Ihre Personalien gibt sie richtig an. Auch über den Verlauf ihrer Krankheit macht sie zutreffende Angaben. Der Ablauf der Vorstellungen ist jedoch sehr gehemmt. Sie denkt lange nach, bevor sie eine Antwort gibt, dabei verbessert sie sich häufig. Seit etwa zehn Tagen kämen ihr Tag und Nacht, besonders aber nachts, Bilder vor Augen, allerlei Tiere und Menschen. Sah das Türschloß sich bewegen. In der Nacht hätten ihr die Leute Bilder vorgemacht, sie sei völlig wach gewesen. Sie habe die Menschen auch gesehen. Ihrer Ansicht nach seien es wirkliche Bilder gewesen, die Leute wollten sie wohl schneller fortbekommen. „Heute wurden sie gestört, sie streuten eine Menge Pulver aus, das einen betäubenden Dunst verbreitete. Es roch im Zimmer, die Augen sind noch so angegriffen." Die Sprache ist schwerfällig, sehr nasal, undeutlich, verwaschen. Gegenstände erkennt sie richtig. Sie habe früher sehr flott und gut rechnen können.

(7×13?) = — — 41 — — — 213 — — 91.
(71—29?) = — — — — — — — 40.
(17+18?) = — — 60; (was gefragt?) — — —.
(7×9?) = 63.
(77—19?) = — — — — — 56; (was gefragt?) — — —.
(9×12?) = 108.
(33+19?) = — — 44; (was gefragt?) 33+19 — 31+19 — —
33+19 = — — — — —.

(33+9?) = —— 22; (was gefragt?) 22+9 = 31.
(Datum?): ———.
(Monat?): Januar 1908.
(Silvester?): Vor einigen Tagen.
(Wochentag?): Sonnabend, nein Freitag (Donnerstag).
(Erdteile?): +.
(Kaiser?): Wilhelm II.
(Vater des Kaisers?): Wilhelm I.
(Großvater?): Wilhelm (Vater hieß doch Friedrich). Ach ja, richtig.

II. Körperlich. Ist klein und schwächlich, Ernährungszustand dürftig, hat stark gelichtetes Haupthaar, beinahe Glatze. Innere Organe ohne besonderen Befund. Temperatur 36,8, Puls 72. Pupillen sehr weit. Reaktion auf Licht träge, beiderseits gleich. Augenbewegungen frei. Konjunktival- und Kornealreflex schwach. Rachenreflex sehr schwach. Die Zunge wird gerade und stark zitternd herausgestreckt. Es besteht Mastodynie und Ovarie. Patellarreflex beiderseits erheblich gesteigert. Achillessehnen-, Fußsohlen-, Abdominalreflex ohne Befund. Kein Fußklonus. Motilität und Sensibilität ohne Störungen. Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, enthält aber viel Brom, das sich ohne vorherige Veraschung nachweisen läßt (Prof. *Ellinger*).

Die heute gelieferte Schriftprobe (Namen, Wohnort und Wohnung richtig und fehlerfrei niedergeschrieben) läßt nichts besonders Charakteristisches erkennen. Sie schreibe jetzt aber viel schlechter als früher. Einen zusammenhängenden Brief könne sie zurzeit nicht schreiben.

3. Januar. Die Kranke hat nachts fast gar nicht geschlafen, war aber leidlich ruhig. Macht bei der Visite einen unklareren Eindruck wie gestern. Sie sei seit vorgestern hier, wisse nicht, was für ein Haus es sei, wenige Minuten später kann sie aber beides richtig angeben. Das Datum weiß sie nicht, den Monat ja, den Wochentag gibt sie falsch an. Sie habe allerlei Flocken und Dünste gemerkt, dann sei hier eine Uhr gewesen, es wurde in der Nacht eine Uhr verkauft, sie habe die Uhr gesehen, dann habe sie so viel Menschen sprechen hören, es sei doch heute etwas Besonderes los, sie habe doch sagen hören, es sei einer gewählt worden. Sie sei dadurch aufgeweckt worden, deshalb solle auch die Uhr verkauft werden. Die Uhr hatte ein kupfernes Gehäuse, sie war zum Öffnen, es zeigten sich dann allerlei merkwürdige Dinge, Konzertvorträge und anderes. Es seien verschiedene Uhren derselben Art gewesen. Sie habe die Uhr erst heute gesehen, dann sagt sie wieder, die Uhr habe sie schon immer interessiert. Sie habe eine solche mal in einem alten Hause gesehen, hier sei zwar ein Krankenhaus, aber der andere Teil des Hauses, in dem die Menschen waren, sei wohl etwas anderes.

4. Januar. Heute auffallend heiter und scherzhaft.

(Kennen Sie mich?): Allselbstverständlich — Buchholz — Ministerialuntersuchungsminister.

(Wo hier?): Frauenklinik.
(Datum?): Sechsten, denke ich.
(Monat?): Januar.
(Jahr?): Weiß ich nicht.
(Krank?): Nein.
(Weshalb hier?): Herr Professor ließen mich doch rufen.
(Früher krank?): Nur epileptische Anfälle.
(Sprache in Ordnung?): Herr Professor meinten doch, ganz nicht.
(Seit wann?): Seit vier bis fünf Wochen.
(Wodurch?): Weiß ich nicht.

(Haben Sie Medizin genommen?): Nein — mir ist die Medizin entfallen — hießen sie nicht Brausepillen?

(Wo gestern?): Bei Verwandten — Onkel gestorben.
(Kopf schwach?): Jetzt geht es ja.

(Wer bin ich?): Wird richtig beantwortet, war vor fünf Minuten gesagt worden.

(7×8?): = 56.
(14+19?): = 59.
(87—18?): = — — — (was gefragt?): 87—19 — — —.
(Wie lange hier?): — — Seit 1. Juli.
(Haus?): Wohnhaus.

Wenn man die Kranke nicht anredet, sitzt sie schläfrig da, spricht nicht. Vergißt sehr schnell, verwechselt. Weiß ungefähr, wie lange sie in diesem Zimmer ist.

(Können Sie gut schreiben?): Das kommt darauf an, liegt an Papier und Feder.

Sprache sehr undeutlich und anstoßend. Lesen ohne gröbere Störung für kurze Zeit. Sie habe gut gelernt, aber alles vergessen.

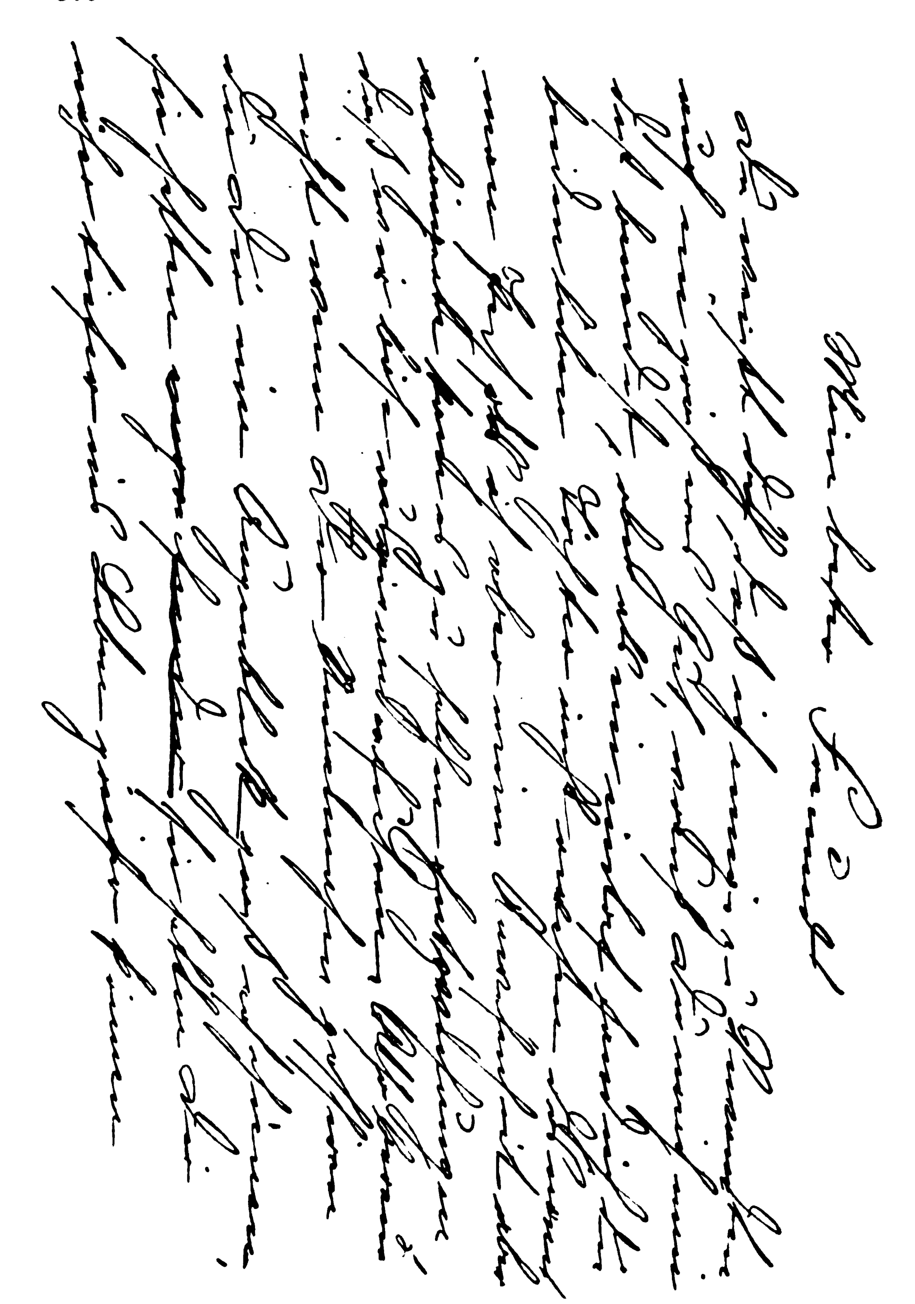
(Kaiser?): Wilhelm II.
Kenntnisse aus früherer Zeit gut.
(Wo gestern?): Zu Hause.
Fabuliert über die letzten Tage.

6. Januar. Hat vorgestern einen Brief geschrieben, dessen Nachbildung die vorhandenen Störungen der Schrift: zitternde, kritzlige, unordentliche Züge, Auslassen von Buchstaben, Silben und ganzen Wörtern sowie den unsinnigen Inhalt deutlich erkennen läßt (vgl. Faksimile).

Ist heute besser orientiert, weiß Datum und Ort, behält auch besser; Sprache noch deutlich gestört.

7. Januar. Glaubt, daß Verwandte draußen sind, die sie besuchen wollen, sonst ruhig. Nahrungsaufnahme und Schlaf mäßig; glaubt bestimmt sie müsse jetzt sterben.

8. Januar. Schreibt eine inhaltlich völlig geordnete Karte; Schrift ohne Störung. Weiß Datum, Jahr und Wochentag, auch, daß sie sich im Krankenhaus befindet. Sprache artikulatorisch nicht mehr gestört.



(Weshalb hier?): Weil ich krank gewesen bin, es hieß, ich habe zu viel Brom genommen.

(Wo krank?): Der Kopf war nicht klar.

(Gestalten gesehen?): Früher ja, in den ersten Tagen, seit drei Tagen nicht mehr.

(Waren sie wirklich da?): Nein, wohl nicht, es war jedenfalls Krankheit.

(Was war mit der Uhr im kupfernen Gehäuse?): Existiert auch nicht.

Bezüglich der Verwandten von gestern gibt sie zu, daß es ein Irrtum gewesen sein kann.

Sprache noch hin und wieder schwerfällig.

9. Januar. Steht auf zwei Stunden vor- und nachmittags auf, fühlt sich wohler, doch sei der Kopf noch eingenommen.

11. Januar. Während eine Kranke in einem benachbarten Bett einen hysterischen Anfall bekommt, tritt bei unserer Kranken ein mittelschwerer epileptischer Anfall mit Zuckungen am ganzen Körper, Zungenbiß und völlig erloschenem Bewußtsein auf. Nachher sehr matt, Kopfschmerzen. Nachmittags noch ein Anfall in derselben Weise. — Abends Chloralhydr. 2,0.

12. Januar. Gut geschlafen. Klagt über Kopfschmerzen, Schwindelgefühl und große Mattigkeit. — Chlorhydr. 1,0 abends.

17. Januar. Appetit schlecht, Schlaf leidlich ohne Schlafmittel. Fühlt sich noch wenig wohl, klagt über Mattigkeit und ein Gefühl, als ob die Stirngegend ganz dick sei, der Kopf sei noch nicht in Ordnung, das Denken gehe noch schlecht; ist aber im übrigen völlig orientiert und geordnet.

Zu weiterer Erholung auf die Innere Abteilung verlegt.

Wenn ich die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen noch einmal in Kürze zusammenfasse, so handelt es sich um eine Kranke, bei der nach jahrzehntelanger Pause im Sommer vorigen Jahres wieder vereinzelte epileptische Anfälle und andere nervöse Störungen auftraten, die zum Gebrauch von Bromkalium führten, von dem in kurzer Zeit sehr große Mengen genommen wurden. Bald nach Beginn der Bromkur wurden Störungen der Sprache und der Schrift bemerkt, die Kranke wurde verwirrt, schlaflos, aß wenig und hatte viel Gesichtshalluzinationen. Sie war sehr gehemmt und ließ eine hochgradige Störung der Merkfähigkeit erkennen. In körperlicher Beziehung zeigten sich träge Reaktion der Pupillen, Abschwächung des Konjunktival-, Korneal- und Rachenreflexes, erhebliche Steigerung der Patellarreflexe und starker Gehalt des Urins an Brom. Nach Aussetzen des Broms konnte man ein allmähliches Zurückgehen der

Krankheitserscheinungen feststellen. Bemerken möchte ich noch, daß von der Darreichung größerer Kochsalzdosen Abstand genommen wurde, weil eine Indikation hierzu nicht vorlag.

Bei der Beurteilung dieses Falles liegt der Gedanke, daß es sich um Bromvergiftung handele, wohl am nächsten. Die artikulatorische Sprachstörung sowie die Störung der Schrift ließen wohl vorübergehend an Paralyse denken, aber wegen des schnellen Ablaufens der Sprach- und Schriftstörung sowie wegen des Fehlens der Demenz und sonstiger für Paralyse charakteristischer Merkmale konnte diese Diagnose ausgeschlossen werden.

Bei der Art des Grundleidens konnte natürlich auch an einen epileptischen Verwirrtheitszustand gedacht werden. Daß die Kranke bisher nicht an transitorischen Bewußtseinsstörungen gelitten hatte, spricht nicht dagegen. Auffallend war aber für eine solche Annahme einmal, daß das Bewußtsein nicht sehr schwer getrübt war, trotzdem sehr zahlreiche Sinnestäuschungen vorhanden waren. Bei den epileptischen Verwirrtheitszuständen pflegen Verwirrung und Erregung stärker zu sein, oder es besteht ängstlicher Stupor, auch haben die Sinnestäuschungen und Wahnideen vielfach gewalttätigen, übernatürlichen, bizarren und nicht selten religiösen Charakter. Wenn auch schließlich die verschiedenartigsten Verwirrtheitszustände bei der Epilepsie vorkommen, so entspricht doch der Zustand unserer Kranken in seiner äußerlich ruhigen, mehr besonnenen Form in keiner Weise den bekannten Bildern der epileptischen Verwirrtheit, erinnert dagegen außerordentlich an die Intoxikations- und Infektionsdelirien.

Bei letzteren hat man z. B. auch eine ähnliche Sprachstörung beobachtet, insbesondere bei den Pocken (*C. Westphal*) und bei Influenza.

Da aber für eine infektiöse Ursache keinerlei Unterlage vorhanden ist, so drängt alles zur Annahme einer Bromvergiftung, worauf ja auch die Vorgeschichte mit Bestimmtheit hinweist, da die psychische Störung sich unmittelbar an den Genuß hoher Bromdosen angeschlossen hat.

Ein Fall, der mit dem hier beobachteten in mancher Beziehung Ähnlichkeit hat, ist von *Boettger* [1]) beschrieben worden. Einem 29 Jahre

---

[1]) Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 35, S. 329.

alten Herrn war vom Hausarzt wegen anhaltender Schlaflosigkeit der tägliche Gebrauch von 5 bis 6 g Bromkalium verordnet worden. Das Bromkalium sollte aus der Apotheke in Substanz bezogen und ein bestimmtes Quantum davon aufgelöst werden. Die verordnete Dosis wurde aber vom Kranken je nach Befinden selbständig modifiziert. Der tägliche Verbrauch schwankte zwischen 3 und 12 g. In 4½ Monaten wurden 1100 g verbraucht. Überführung in die Anstalt erforderlich. Diagnose: Paralyse (vom Hausarzt festgestellt). Aus dem damaligen Status sei hervorgehoben: Patient bietet den Typus geistigen und körperlichen Verfalls; auffallend schlaffe Gesichtszüge, Pupillen stark different, linke kleiner als rechte, Reaktion sehr träge. Sprache schwerfällig, langsam; „Patient macht oft lange Pausen, als ob er sich auf die Worte besinnen müßte". Auch in der Anstalt hatte man anfangs den Eindruck gehabt, als ob es sich um Paralyse handele. Da aber bald nach Aussetzen des Bromkaliums auffällige Besserung eintrat, wurde das Krankheitsbild als Bromismus erkannt. Unter entsprechender Pflege trat dann allmähliche Wiederherstellung ein.

Um nun die Frage zu beantworten, wie in unserem Falle die Entstehung des Bromismus wahrscheinlich zu erklären ist, erscheint es mir angezeigt, auf die Wirkungsweise des Broms im tierischen Körper einzugehen. Abgesehen von den Untersuchungen von *Nencki*, *Flechsig*, *Kunkel* u. a. haben wir hierüber hauptsächlich durch die sehr eingehenden Untersuchungen von *Laudenheimer*[1]) in der Leipziger Klinik und von *J. Hoppe*[2]) im Uchtspringer Laboratorium wertvolle Aufschlüsse erhalten. *Laudenheimer* konnte feststellen, daß das Bromsalz aus dem Organismus zunächst nicht in derselben Menge ausgeschieden wie es eingeführt wird. Es wird vielmehr zunächst der größere Teil des eingeführten Salzes „im Körper aufgespeichert", es kommt zur Bildung eines „Bromdepots", dessen Höhe sehr verschieden groß ist (bis 52 g). Der größte Teil des Broms wird nun, wie die jahrelangen Untersuchungen in Uchtspringe ergeben haben, nicht in den Organen, sondern im Blutserum zurückgehalten, also dort, wo sich auch die Hauptmenge des Kochsalzes findet. Zu demselben Ergebnis war auch *Kunkel*[3]) bei seinen Untersuchungen gekommen. Er hatte vor allem die überraschende Tatsache festgestellt, „daß das Brom an die Stelle des im

[1]) Neurolog. Zentralbl. 1900, S. 970 und Neurol. Zentralbl. 1901 S. 772.
[2]) Neurolog. Zentralbl. 1906, S. 993.
[3]) Münch. med. Wochenschr. 1898, Nr. 28.

Organismus im Chlornatrium festgelegten Chlor treten kann, daß das Bromnatrium namentlich im Blute das Chlornatrium zu verdrängen oder in gewissem Umfange zu ersetzen vermag". Nun tritt nach *Hoppe* „die klinisch erkennbare Bromwirkung erst ein, wenn ganz bestimmte Chlormengen im Serum durch Brom ersetzt sind", zumeist handelt es sich um den Ersatz von etwa $^1/_4$—$^1/_3$ des im Serum vorhandenen Chlors durch äquivalente Brommengen. Sei dieser Zeitpunkt erreicht, dann müsse darauf geachtet werden, dies Verhältnis konstant zu erhalten; eine weitere Verschiebung zugunsten des Broms würde zur Bromintoxikation führen.

Die größte Bedeutung für die Ausscheidung der Bromsalze haben außer dem Salzgehalt der Nahrung und dem Gehalt der Körperflüssigkeit an Chloriden die ausscheidenden Organe des Körpers, also die Nieren. Sind diese wie bei Kindern funktionstüchtig, so werden die Bromsalze besser vertragen als von Erwachsenen, deren Nieren infolge von allerlei Schädlichkeiten meistens nicht mehr als vollwertig angesehen werden können. Kommt es aus irgend welchen Gründen, wie z. B. beim Einsetzen einer Pneumonie, zu einem fast gänzlichen Aufhören der Halogenausscheidung, so werden gleichzeitig auch die Bromide zurückgehalten. Wenn man nun sonst die Bromzufuhr nie plötzlich unterbrechen soll, so würde es in einem solchen Falle ein schwerer Fehler sein, das Brom weiter zu geben. Da die Halogenausscheidung bis zum Tage der Krisis stockt und erst einige Stunden vor Eintritt derselben wieder beginnt, so läßt sich leicht berechnen, daß es beim Weitergeben derselben Bromquantitäten zu einer Aufspeicherung recht beträchtlicher Brommengen kommen muß, die dem durch die Infektion geschwächten Kranken sehr verhängnisvoll werden können.

Der Salzgehalt der Nahrung übt einen bestimmenden Einfluß auf den Zeitpunkt des Eintritts der Bromwirkung aus. Bei salzarmer Kost (wie nach *Toulouse-Richet*) tritt die Bromwirkung bereits nach drei bis fünf Tagen, bei gewöhnlicher Kost oft erst nach drei bis vier Wochen ein. Dieser Zeitunterschied beansprucht ganz besondere Berücksichtigung, da sonst beim Verabreichen salzarmer Kost zuweilen ganz plötzlich eine Bromintoxikation eintreten kann.

Hoppe fand, wenn er in solchen Fällen den Magensaft untersuchte, oft ein Verhältnis von 0.09 Cl: 0.25 Br. „In seinem großen Salzhunger hat der Körper eben alle Halogene, deren er habhaft werden konnte, an sich gerissen, und aus dem physiologischen Chlortier ist ein träge reagierender pathologischer Bromorganismus geworden." (*Hoppe*, a. a. O.).

Bezüglich des Kochsalzgehaltes der Körperflüssigkeit betont *Laudenheimer*, daß Individuen, „deren Körperflüssigkeit vor Bromgebrauch besonders arm an Chloriden ist (Anämische, Kachektische), eine spezifische Neigung zu übermäßiger Bromretention haben, wobei gleichzeitig auch Chlor aus dem Körper vertrieben wird. Hier kommt es relativ früh und bei kleinen Dosen zum Bromismus (Frühform)".

Letztere Beobachtung ist mit den soeben berührten Ergebnissen der Versuche mit salzarmer Kost leicht in Einklang zu bringen. In dem einen Falle handelt es sich um eine beabsichtigte Herabsetzung des Kochsalzgehaltes der Körperflüssigkeit, im andern um eine durch krankhafte Störung bedingte Verarmung. In beiden Fällen besteht eine besondere Neigung zur Bromintoxikation.

Wenn wir nun mit Rücksicht hierauf in Erwägung ziehen, daß unsere Kranke eine Reihe von Wochen, bevor sie mit dem Gebrauch der hohen Bromdosen begann, häufig an Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit (einmal Erbrechen) und Abmagerung litt, also an Zuständen, die eine Beeinträchtigung ihrer Ernährung herbeiführten, so ist wohl zu verstehen, wie der fortgesetzte tägliche Gebrauch von Bromkalium in der angegebenen Höhe ziemlich schnell zum Bromismus führen mußte.

Der Bromismus ist im großen und ganzen eine seltene Erkrankung. Sicher gilt dies von den schweren Formen desselben. Die Zahl der in der Literatur veröffentlichten Fälle ist im Vergleich zu den außerordentlich großen Mengen von Bromkalium, die täglich in allen Kulturländern verbraucht werden, sehr gering.

Über einen schweren Fall, der aber in Genesung ausging, berichtet *Amphlett Holmden* [1]). Ein Seemann hatte etwa vier Jahre lang gegen Schlaflosigkeit und Reizbarkeit in größeren und kleineren Mengen Bromkalium genommen, zeitweise auch, da er sich daran, wie ein Morphinist

[1]) The Lancet 1890, II., S. 816.

an Morphium, gewöhnt hatte, ohne Rücksicht darauf, ob obige Beschwerden vorhanden waren oder nicht. Die tägliche Menge betrug gewöhnlich 11 g. Schließlich trat Unfähigkeit zu denken und zu arbeiten auf, und Halluzinationen und Illusionen beunruhigten und verwirrten ihn. Einige Tage nach Entziehen des Broms entwickelte sich ein sehr heftiger Erregungszustand, in dem der Kranke wirre, unzusammenhängende Reden führte, laut schrie, sein Bettzeug zerriß, die Fenster zerschlug und nackend in seinem Zimmer auf und ab ging. Nachdem dieser Zustand etwa drei Tage lang angehalten hatte, beruhigte sich der Kranke, und es trat langsam Genesung ein.

Dieser Fall ist noch in einer andern Beziehung von Interesse. Der Kranke hatte nämlich seinem Arzt, den er wegen der aufgetretenen Beschwerden um Rat fragte, auf die ausdrückliche Frage den Gebrauch eines Medikaments rundweg abgestritten. Erst nachdem man in seinem Zimmer eine größere Menge Bromkalium gefunden hatte, räumte er ein, dasselbe gebraucht zu haben. Wir begegnen hier also, worauf auch *Lewin* [1]) aufmerksam macht, einem analogen Verhalten, wie wir es sonst bei Morphinisten finden.

Gelegentlich erreicht die Vergiftung einen so hohen Grad, daß der tödliche Ausgang erfolgt. *Lewin* (a. a. O.) gibt an, daß in 13 Fällen von Bromismus, von denen einige Epileptiker betrafen, der Exitus letalis teils mittelbar, teils unmittelbar durch das Bromkalium verschuldet war.

Küssner [2]) berichtet über folgenden Fall, der auf irrtümliche Auffassung einer ärztlichen Verordnung zurückzuführen war: „Es kam vor einigen Jahren hier ein Fall vor, wo einem Epileptiker 150 g Bromkalium verschrieben wurden mit der Weisung, einen bis zwei Teelöffel täglich davon zu verbrauchen; er nahm zweistündlich einen Teelöffel und starb am zweiten Tage (nachdem er etwa die Hälfte der ganzen Quantität genommen hatte) unter den Erscheinungen der Herzlähmung ohne einen neuen Anfall.“

Gerade der letzte Fall dürfte geeignet sein, beim Verordnen von Bromkalium zu besonderer Vorsicht aufzufordern. Namentlich ist davor zu warnen, den Kranken zuviel von dem Medikament in die Hand zu geben. Es würde jedoch ein bedauerlicher Irrtum sein, wenn man mit Rücksicht auf die möglicherweise einmal eintretenden Nebenwirkungen des Bromkaliums die Anwendung desselben auf das äußerste Maß beschränken wollte. Es muß leider betont werden,

---

[1]) *Lewin*, Die Nebenwirkungen der Arzneimittel. 3. Aufl.

[2]) Deutsche med. Wochenschr. 1884, S. 793.

daß, wie auch Prof. *E. Meyer*[1]) in seiner kürzlich erschienenen Abhandlung „Die Behandlung der Epilepsie in ihren verschiedenen Formen“ hervorgehoben hat, „die Befürchtung, daß bei länger anhaltendem Bromgebrauch Bromismus eintrete, oder jedenfalls eine Art „Verdummung“ sich einstelle, noch sehr weit bei Laien verbreitet und leider auch bei den Ärzten noch nicht ausgerottet ist“. Dieser irrtümlichen Auffassung muß allen Ernstes entgegengetreten werden. Denn nicht das Brom ist als Urheber der Demenz bei der Epilepsie anzuschuldigen, sondern die Epilepsie selbst, die durch das Brom bekämpft werden soll. Die hin und wieder auftretenden Fälle von Bromismus mahnen den Arzt allerdings eindringlich zur Vorsicht, sie sollen ihn aber nicht dazu veranlassen, ins Extrem zu verfallen und ein Heilmittel preiszugeben, dessen überaus günstige Wirkung durch jahrzehntelange Beobachtung an Tausenden von Kranken sichergestellt ist.

---

[1]) Therap. Monatshefte 1908, Jan.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

38. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte.

(Heidelberg, den 2. und 3. November 1907).

Anwesend die Herren: *Alzheimer*-München, *Aumüller*-Haardt, *Busch*-München, *Bayerthal*-Worms, *Boß*-Illenau, *Bundschuh*-Illenau, *Boenzinger*-Buchen, *Berliner*-Gießen, *Braus*-Heidelberg, *Barbo*-Pforzheim, *Camerer*, *Croissant*-Wiesloch, *Cron*-Heidelberg, *Dreyfuß*-Heidelberg, *Eccard*-Frankenthal, *Ebers*-Baden, *Friedmann*-Mannheim, *Fürer*-Roggenau, *Max Fischer*, *Fuchs*-Emmendingen, *Fischer*-Neckargemünd, *Gaupp*-Tübingen, *Gruhle*-Heidelberg, *Gelbke*-Emmendingen, *Guttenberg*-Freiburg, *Greiff*-Karlsruhe, *Groß*-Rufach, *Gigglberger*-Michelstadt, *Hoche*-Freiburg, *Hellpach*-Karlsruhe, *Heilmann*-Galkhausen, *Hagman*-Straßburg, *Haardt*-Emmendingen, *Habermann*-Stetten, *Homferd*-Klingenmünster, *Hardt*-Schwetzingen, *Homburger*-Frankfurt, *Jordan*, *Koepke*, *Kreuser*-Winnenthal, *Kemmler*-Wiesloch, *Karrer*, *von Kügelgen*-Reval, *Kraus*-Kennenburg, *Kurz*-Heidelberg, *Kaufmann*-Mannheim, *Hugo Levy*-Stuttgart, *Laudenheimer*-Alsbach, *Mayer*-Goddelau, *Mathes*-Wiesloch, *Mann*-Mannheim, *Merzbacher*-Tübingen, *Nissl*-Heidelberg, *Nitka*, *Neumann*-Karlsruhe, *Oppenheim*-Freiburg, *Pfersdorff*-Straßburg, *Quensel*, *Reiß*-Tübingen, *Roemhild*-Hornegg, *Riffel*-Wiesloch, *Römer*-Hirsau, *Ranke*-Heidelberg, *Rasch*-Neckargemünd, *Rosenfeld*-Straßburg, *Stengel*-Bruchsal, *Sioli*-Frankfurt, *Schott*-Weinsberg, *Schüle*-Illenau, *Staatsmann*-Illenau, *Seligmann*-Karlsruhe, *Schneider*-Goddelau, *Schilling*, *Spielmeyer*-Freiburg, *Stephan*-Mannheim, *Urstein*, *Voss*-Greifswald, *Vogt*-Frankfurt, *Wollenberg*-Straßburg, *Wilmanns*-Heidelberg, *Windenmann*-Rottenmünster, *Wiehl*-Schussenried, *Wolff*, *Wagner*-Langenschwalbach, *Weil*-Stuttgart, *Weygandt*-Würzburg, *Zöllner*-Straßburg, *Zahn*-Stuttgart.

I. Sitzung am 2. November.

Der Geschäftsführer, Herr Professor *Nissl*, begrüßt die Versammlung. Auf seinen Vorschlag wählt die Versammlung zum Vorsitzenden Herrn Geheimrat *Hoche*; zu Schriftführern die Herren *Ranke*-Heidelberg und *Pfersdorff*-Straßburg.

Das Referat über Gefängnispsychosen hielt dem Beschluß der letzten Jahresversammlung entsprechend *Wilmanns*-Heidelberg:

Senile, paralytische und andere schwere Erkrankungen sind im Gefängnisse selten und haben ebenso wie die Alkoholpsychose nichts für die Gefangenschaft Spezifisches. Selten ist auch das manisch-depressive Irre- [illegible] wahrscheinlich deshalb, weil manisch-depressiv Veranlagte selten [illegible]hnheitsmäßig kriminell werden. Die größte Zahl der Kranken gehört [illegible]uvenilen Verblödungsprozessen an. Vortr. teilt sie in drei Gruppen:

1. Die Landstreicher, die in den meisten Fällen erst infolge der Geisteskrankheit unsozial geworden waren; 2. die Gewohnheitsverbrecher, die fast ausschließlich in früher Jugend geschwächt und erst nach vielen Jahren in den Gefängnissen erkrankt waren, und 3. die Gelegenheitsverbrecher, die im Anschluß an die Straftat in der Untersuchungs- oder Strafhaft von Geistesstörung befallen werden. Die Frage, ob die Schädigungen der Strafhaft eine Dementia praecox oder Paranoia auszulösen vermögen, die unter günstigen Bedingungen nicht aufgetreten wären, ist auf Grund unserer heutigen Kenntnisse nicht zu lösen. Betrachtet man die juvenilen Verblödungsprozesse als Autointoxikationspsychosen, so erscheint es möglich, daß die Stoffwechselstörungen in der Strafhaft sie auszulösen vermögen. Die Äußerungen der Erkrankung während der Entwicklung der Psychose werden in hohem Maße von dem Milieu beeinflußt, und Bilder, die stark an den Querulantenwahnsinn erinnern, sind im Prodromalstudium der Krankheit nicht selten. Den Begriff der Epilepsie sucht der Vortr. enger zu fassen, als es bisher von der Heidelberger Schule geschah, und betont, daß die periodisch endogene Verstimmung als pathognostisches Symptom für die Epilepsie zu hoch eingeschätzt worden sei. Die im Gefängnis auftretenden Psychosen der genuinen Epilepsie unterscheiden sich nicht wesentlich von denen der freilebenden Epileptiker, doch kommen gerade so wie hysterische Anfälle auch hysterische Haftpsychosen bei gewissen Epileptikern vor. Diesen Psychosen stellt Vortr. die Psychosen auf dem Boden der Entartung gegenüber. Unter Entartung versteht W. die Summe der minderwertigen Variationen des Menschen auf geistigem und körperlichem Gebiete. Als Variationen sind die Entartungszustände, die Imbezillität, die Hysterie, Debilität usw. nicht scharf von der Norm und auch nicht unter sich abzugrenzen. Die Psychosen auf dem Boden der Entartung sind Reaktionen auf überstarke Reize und Steigerungen der abnormen Veranlagungen unter ungünstigen Einflüssen. Eigentliche Krankheitsbilder, wie z. B. die Paralyse, das Delirium tremens, lassen sich daher nicht umgrenzen, wohl aber charakteristische Krankheitstypen, die unter sich wieder durch zahlreiche Übergänge verbunden sind. Vortr. teilt diese degenerativen Psychosen in akute und chronische, erstere sind das Prototyp der Untersuchungshaft, letztere das der langen Strafhaft. Erstere im allgemeinen Reaktionen, letztere Steigerungen der Entartung. Unter den akuten Haftpsychosen lassen sich verschiedene Typen unterscheiden, Bilder, wie sie *Reich*, *Ganser*, *Näcke*, *Rüdin* geschildert haben. Als Typen der chronischen Psychosen werden besonders paranoische Formen geschildert, die Vortr. aus der Wirkung des Strafvollzugs auf den minderwertigen Gewohnheitsverbrecher psychologisch zu erklären sucht. Er bezeichnet diese Haftpsychosen als „langsam sich entwickelnde, dauernde, unerschütterliche Wahnsysteme bei vollkommener Erhaltung der Klarheit wie der Ordnung im Denken, Wollen und Handeln“, und stellt sie der Paranoia *Friedmanns* und dem Querulantenwahnsinn *Kraepelins* gleich. Nach Be-

sprechung der Prognose und Differentialdiagnose der verschiedenen Psychosen bezeichnet Vortr. die einzelnen, nach ihrer Herkunft (Arbeitshaus, Zuchthaus, Untersuchungshaft usw.) gesonderten Gruppen und erleichtert auf diese Weise das Verständnis für die widersprechenden klinischen Anschauungen früherer Forscher.

(Ausführliche Veröffentlichung in der *Alt*schen Sammlung.)

Diskussion. — *Gaupp* erklärt sich mit den Ausführungen des Ref. in allem Wesentlichen einverstanden und weist darauf hin, daß die moderne Psychiatrie sich bei zahlreichen Formen immer mehr genötigt sieht, durch psychologische Vertiefung in die psychogene Entstehung und Ausgestaltung der Krankheitszustände ihre klinische Stellung im Gesamtsystem zu ermitteln. Das, was neuerdings allmählich wieder von der Dementia praecox abbröckelt (und hierzu gehören vor allem manche Geistesstörungen der Haft) muß in erster Linie den Degenerationspsychosen zugerechnet werden, deren Verständnis die psychologische Analyse der geistigen Persönlichkeiten zur Voraussetzung hat.

Kreuser: Der Vortr. hat eine eingehende Schilderung von Krankheitsbildern gegeben, die auch meiner Überzeugung nach vorzugsweise auf das Milieu der Haft zurückzuführen sind, wenn auch die degenerative Veranlagung daneben nachdrücklich hervorgehoben worden ist. Ich begrüße es, daß dabei die Verblödungsprozesse zurückgehen gegen bisher herrschende Anschauungen, bedaure aber, daß der Herr Vortr. die Schwierigkeiten einer weiteren Einteilung seiner degenerativen Gruppe so sehr betont hat. Mit seinen Einzelschilderungen hat er sich teilweise selbst widerlegt. Die akuten Psychosen der Untersuchungshaft, die chronischen der Strafhaft könnten gewiß mehr noch zu ziffernmäßigem Ausdruck gebracht werden; ebenso wohl die Idiotie. Die paranoischen Formen geben auch meiner Erfahrung nach eine nicht so ungünstige Prognose. Mir sind wiederholt frühere Kranke mit krimineller Vergangenheit wieder zu Gesicht gekommen, die nach anscheinend prognostisch recht ungünstiger Erkrankung wieder zum sozialen Leben zurückkehren konnten. Auch seine Depressionszustände sind mir bei Gelegenheits- wie bei Gewohnheitsverbrechern einige Male vorgekommen mit günstigem Verlaufe. Einer derselben hatte nach Rückkehr in die Strafhaft ein zwar schweres, aber wiederum günstig verlaufendes Rezidiv.

Wilmanns (Schlußwort): Die schweren Imbezillitätsformen werden unter den Haftpsychosen nicht beobachtet, einfache Depressionen häufig, manisch-depressive selten.

Bayerthal-Worms demonstriert einen Fall von zerebraler Kinderlähmung mit Pseudobulbärparalyse und doppelseitiger Ptosis.

Das Leiden soll sich bei dem jetzt 9½ Jahre alten Knaben im Anschluß an wiederholte Krampfanfälle, die unter fieberhaften Erscheinungen

in den ersten Lebensmonaten auftraten, entwickelt haben. Das psychiatrische Interesse des Falles beruht auf einer Beeinträchtigung der Intelligenz, die für das Kind den Besuch der Hilfsschule erforderlich machte. Auffallend und, soweit Vortr. die Literatur zu übersehen vermag, noch nicht beschrieben ist die Kombination der pseudobulbären Form der infantilen Zerebrallähmung mit doppelseitiger Ptosis. Ob letztere ätiologisch und pathologisch-anatomisch zum übrigen Krankheitsbilde gehört oder nur eine zufällige Komplikation (kongenitaler Natur) bildet, muß vorerst unentschieden bleiben.

Privatdozent Dr. *Hellpach*-Karlsruhe: Das Unbewußte.

Das Unbewußte steht im Mittelpunkt der psychologischen Debatten; aber es wird meist in unklarer Bedeutung verwendet. Man kann (heute!) acht Hauptbedeutungsgruppen unterscheiden: 1. Das Unerinnerte, 2. das Unbezweckte, 3. das Unbemerkte, 4. das Mechanisierte, 5. das Reproduzible, 6. das Produktive, 7. das psychisch Reale, 8. das Absolute. Diese Bedeutungen, die kurz charakterisiert werden, umspannen z. T. (1—3) Tatbestände, z. T. (6—8) Deutungen, z. T. (4 und 5) Mischungen von beiden. Es wird vom Vortr. gefordert, das Wort „Unbewußt" nur als Deutungsbegriff zu gebrauchen; wer an kein Unbewußtes neben Bewußtem und Physischem glaubt, soll das Wort nicht benützen. Beide Parteien sollen sich ferner besser als heute über die theoretischen Konsequenzen ihres Standpunktes klar werden. Wer ein Unbewußtes annimmt, muß wissen, daß es nie erforscht werden kann; er kann also entweder nur einen agnostischen Standpunkt wählen (daran glauben, ohne es irgendwie erkennen zu können), oder aber er muß es hypothetisch genauer ausarbeiten (analog z. B. der Äthertheorie in der Naturwissenschaft). Dazu gibt es zwei Wege, den analogistischen (der an *Freuds* Traumtheorie) und den metaphysischen (der an *Hartmanns* Philosophie erläutert wird). Der zweite kann wissenschaftlich mindestens so wertvoll sein wie der erste. — Wer das Unbewußte ablehnt, kann sich auf die reine Empirie zurückziehen, die freilich meist auf dem Papier steht; meist wird doch „gedeutet" und dann entweder nur aus dem Bewußten heraus (wobei prinzipielle Lücken bleiben, wenn auch gewiß vieles, was heute dem Unbewußten zugeschoben wird, innerhalb des Bewußten ergründet werden könnte) oder nur aus dem Physischen heraus, was in seinen Konsequenzen radikaler Materialismus ist, oder meist aus Bewußtem plus Physischem. Dabei heißt es, zwischen Parallelismus und Wechselwirkung wählen. Der Parallelismus hat seine zeitlichen Verdienste gehabt, aber er ist eigentlich nur brauchbar, solange man nicht an ihn denkt. Praktisch verdient heute der Standpunkt der Wechselwirkung den Vorzug. — Die Entscheidung, ob unbewußt oder nicht, will der Vortr. gar nicht berühren, sie kann auch, wie alle theoretischen Entscheidungen, nie endgültig, immer nur zeitlich ausfallen:

einer Zeit nützt eine Theorie heuristisch, der folgenden schadet sie. Daß heute soviel über theoretische Probleme gehandelt wird, liegt im Zuge der Zeit, gilt für fast alle Wissenschaften und ist eine Reaktion auf die bloße „Forschungsarbeit", sowie eine Ergänzung zum praktischen Betätigungsdrange der Forschung. Eine empirisch-methodische Periode der Seelenforschung liegt hinter, eine „philosophische" und zugleich „technische" vor uns. Das mag manchem nicht gefallen, aber es ist „pragmatisch" unabwendbar.

M. Friedmann: Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. (Ausführl. in No. 19 der D. med. Wochenschr.)

Nach *F.* sind zwei prinzipiell geschiedene Anzeigen für den Abort wegen psychischer Krankheit zu trennen. Bisher hat es sich fast durchweg in den Erörterungen um die sog. Graviditäts- und Puerperalpsychosen gehandelt und dabei um die kausale Frage, ob der Abort die Entstehung einer solchen Psychose verhindern und die Heilung einer bereits ausgebrochenen Psychose bewirken könne. Diese Frage wird im allgemeinen verneint (zuletzt von *Alzheimer*). *Jolly* dagegen hatte behauptet, daß die Schwangerschaft als ungünstige Komplikation einer Melancholie und Katatonie erscheinen und daher ihre Beseitigung normalere Heilungsmöglichkeit gewähren könne. In der ärztlichen Praxis indessen besitzt nach der langjährigen Erfahrung *F.*s die Frage des Abortes bei allen echten Psychosen überhaupt nur recht geringe Bedeutung. Sehr viel häufiger ergibt sich hier die zweite Indikation, welche bisher anscheinend nur von *Pick* literarisch vertreten worden ist, und welche *F.* veranlaßt hat, bisher binnen 12 Jahren in fünf Fällen den Eingriff zu befürworten. Es handelt sich hier um ausnahmsweise schwere atypische und psychogene Erregungen, also um eine abnorme psychopathische Reaktion, welche ihrer Art nach vergleichbar ist beispielsweise gewissen atypischen Haftpsychosen (*Wilmanns*), vielen traumatischen Neurosen und der „neurasthenischen Melancholie", wie sie *F.* selbst früher beschrieben hat. Zugrunde liegt die Angst und Furcht der Frauen vor der Geburt oder vor dem Familienzuwachs, und zwar dann, wenn diese in seltenen Fällen zu hochgradiger und abnormer „Überwertigkeit" anwächst. Das Symptomenbild wird in erster Linie beherrscht von der andauernden und schweren Angst, resp. von besonderen schweren Angstanfällen. Dazu tritt fast regulär ein intensiver Selbstmorddrang, häufig Feindseligkeit und Wutanfälle gegen den Ehemann und regelmäßig ein Erlöschen aller sonstigen geistigen Interessen und nützlicher Betätigung. Die Stimmung ist die einer kontinuierlichen dumpfen oder erregten Verzweiflung, begleitet von rascher körperlicher Abnahme. Objektiv sind die Ursachen der Geburtsangst an und für sich genommen nicht erheblich gewesen, die Frauen sind aber vor

Eintritt der Schwangerschaft jeweils schon nervös erschöpft und überdies oft neuropathisch belastet gewesen.

Charakteristisch für den psychogenen Ursprung der Psychopathien ist, daß sie fast sofort nach Beseitigung der erregenden Ursache zur Heilung gelangen. Sämtliche fünf Fälle *F.*s sind sogleich nach Verrichtung des Abortes normal und ruhig geworden, und nur ein Fall wurde späterhin rückfällig.

Die Gefahren der Zustände liegen begründet: 1. in dem starken Selbstmordtrieb und den ausgeführten Selbstmordversuchen, 2. in der raschen körperlichen Abnahme, welche in der Tat in dem nicht geheilten Falle nach 1½ Jahren den Eintritt einer floriden Lungentuberkulose mit Exitus binnen drei Monaten zur Folge hatte, 3. in einer hartnäckigen schweren Neurasthenie und wahrscheinlich auch einer echten Melancholie, welche hinterher in Fällen *F.*s sich einstellten, wo kein Abort eingeleitet worden war, 4. in einer dauernden psychischen Alteration mancher Frauen, welche sie späterhin zu konsequenter Verweigerung des ehelichen Zusammenlebens (und einmal selbst zur Ehescheidung) veranlaßte.

Als Hilfsmittel gegen die Selbstmordgefahr hat *F.* nicht die Einschließung in einer Irrenanstalt vorgezogen, weil diese 1. die Frauen monatelang ihrer Angst überantwortet, weil 2. die Frauen gar nicht wirklich geisteskrank sind (so wenig wie ein übertrieben Eifersüchtiger), und weil sie auch kaum ohne Zwang in die Anstalt zu bringen wären, und weil 3. die harte Maßnahme sie auf Monate ihrer Familie und ihren Kindern entreißen würde.

Richtig ist, daß diese psychogenen Angstzustände nur in seltenen und besonders schweren Fällen den Abort rechtfertigen. Zu verlangen ist, daß 1. stets zwei Ärzte und darunter ein Psychiater die Indikation billigen, und daß 2. stets der Patientin gegenüber der Eingriff zunächst verweigert und eine rationelle Nervenkur zuvor genügend erprobt wird.

Da es sich um einen schweren und nicht unbedenklichen Krankheitszustand hier handelt, und da der künstliche Abort fast mit Sicherheit sofortige Hilfe bringt, da auch die psychische Reaktion bei den Frauen selbst auf krankhaft abnormer Grundlage ruht, so wird die Rücksicht auf die Humanität sicherlich zugunsten des Eingriffes sprechen. Der Arzt, welcher ihn dennoch verweigert, muß sich klar darüber sein, daß er dabei nicht von lediglich ärztlichen, sondern auch von ethischen und sozial-juristischen Anschauungen und Gesichtspunkten sich leiten läßt. Ob das öffentliche Rechtsbewußtsein eine solche Strenge verlangt, dies erscheint *F.* mindestens zweifelhaft.

Diskussion. — *Gaupp*: Ich kann den Standpunkt von *Friedmann* nicht teilen, halte es vielmehr für unzulässig, bei psychogenen Depressionen Schwangerer im Interesse der Frau den Abort einzuleiten. Wenn sich bei schwangeren Frauen ängstliche Erregungen einstellen

und etwa die Gefahr eines Selbstmordes auftritt, so ist die Behandlung in einer Anstalt notwendig. Niemals darf meines Erachtens das Leben des Kindes geopfert werden, bloß weil die Mutter nicht in die Anstalt gehen will oder diese ihr erspart werden soll. Nur da, wo das Leben der Mutter durch den Fortbestand der Schwangerschaft gefährdet wird, kann der künstliche Abort in Frage kommen; vorher muß aber jede Art von Behandlung, vor allem die Anstaltsbehandlung versucht worden sein. Die Gefahren, die *Friedmanns* Standpunkt in sich birgt, sind sehr groß. Mir ist in meiner psychiatrischen Tätigkeit noch nie ein Fall vorgekommen, in dem ich die Einleitung der Frühgeburt oder eines Aborts für indiziert halten konnte; wohl aber kenne ich, wie jeder Irrenarzt, viele Fälle, in denen eine bestehende Geisteskrankheit nicht die geringste Änderung durch einen Abort oder die eintretende Geburt erfahren hat.

Alzheimer: Nach *A*.s Erfahrung ist der Erfolg — was die Prophylaxe der geistigen Erkrankung der Frau anlangt — nicht so prompt, wie *F*. es angegeben hat. Es handelte sich häufig um zirkuläre oder manisch-depressive Formen. Es müsse in allen Fällen ein Psychiater zur Begutachtung zugezogen werden.

Quensel: Mit dem gleichen Thema wie der Herr Vortr. habe ich mich kürzlich beschäftigt in einem Vortrage in der Leipziger Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie, der demnächst in der „Medizinischen Klinik" erscheinen soll. Auf Grund eigener langjähriger Erfahrungen in der psychiatrischen Klinik zu Leipzig bin ich im ganzen zu den gleichen Resultaten gekommen wie Herr *Alzheimer*. Die Heilung bei unseren Graviditätspsychosen erfolgte meist ganz unabhängig von der Entbindung, entweder vor oder lange nach derselben, nur zweimal in kurzer, zeitlicher, und wohl auch ursächlicher Folge. Bei einer dieser Kranken war (nach dem Vortrage *Jollys*) auf unseren Rat ein Abort eingeleitet. Bei einer neuen Depression in graviditate ist ohne Hinzuziehung eines Psychiaters wiederum so und, wie ich erfahren habe, mit noch schnellerem Erfolge verfahren worden. Ich selbst hätte nicht wieder dazu geraten, da die Frau inzwischen mehrfach auch normale Entbindungen durchgemacht hat, trotzdem auch da in der Gravidität die gleiche Komplikation eingetreten, aber auch ohne Abort geheilt war. Es dürfte doch sehr schwer sein, die Fälle auszusondern, bei welchen die Schwangerschaftsunterbrechung auch nur erfolgreich sein wird, und wenn man hierbei auf die Mitwirkung psychogen bedeutsamer Faktoren besonderes Gewicht legt, läuft man Gefahr zu großer Konnivenz gegen nicht immer kontrollierbare Wünsche seiner Kranken. Auf der anderen Seite scheint mir doch der Beachtung wert, daß auch die beste Anstalt eine absolute Garantie für die Verhütung eines Selbstmordes nicht zu bieten vermag.

Ich möchte nur noch kurz erwähnen, daß mir meine Erhebungen Material auch zur Prüfung einer anderen wiederholt aufgeführten Indikation zur Schwangerschaftsunterbrechung geliefert haben, nämlich der,

man solle damit die Wiedererkrankung von Frauen verhüten, welche früher einmal eine Psychose im Anschluß an Gravidität oder Entbindung durchgemacht haben. Von meinen derartigen geheilten Kranken haben eine große Anzahl später noch eine oder mehrere Entbindungen durchgemacht, fast alle aber sind, gewisse ohnehin periodisch Kranke abgerechnet, trotzdem dauernd gesund geblieben. Es kann also diese Indikation nach der einfachen klinischen Erfahrung künftig nicht mehr aufrecht erhalten werden.

Schüle-Illenau ist gegen die Auffassung *Friedmanns*. Die Prognose ist nicht sicher genug; diese Kranken gehören in die Anstalt, auch kann der Abort später Inhalt eines Selbstvorwurfs werden; es ist von Fall zu Fall zu entscheiden.

Neumann möchte scharf trennen zwischen normalen und pathologischen depressiven Erregungszuständen schwangerer Frauen. Angstzustände bei psychisch Gesunden sind nicht vom psychiatrisch-wissenschaftlichen Standpunkt aus zu betrachten.

Gaupp: Einen normalen Zustand, der zum Abort berechtigt, gibt es nicht.

Wollenberg meint, alles, was über diesen Gegenstand gesprochen und geschrieben sei, zeige, wie schwer es sei, hier allgemein gültige Gesetze aufzustellen. Er stehe auf dem Standpunkt, daß man sich nicht prinzipiell und generell gegen die Schwangerschaftsunterbrechung wegen psychischer Erkrankung aussprechen könne. Es müsse durchaus individuell von Fall zu Fall entschieden werden, und er könne sich wohl Fälle denken, in denen man wie Herr *Friedmann* zu verfahren berechtigt sei. Die Besorgnisse, die gegen eine Erörterung der Frage zu bestehen scheinen, könne er nicht teilen. Auch der *Jolly*sche Vortrag habe seinerzeit keine unerwünschten Folgen gehabt. Er müsse es sogar als verdienstlich bezeichnen, wenn Herr *Friedmann* diese Frage, die in letzter Zeit vorwiegend in allgemein ärztlichen und juristischen Kreisen erörtert sei, einmal in diesem Kreise aufgeworfen habe.

Friedmann (Schlußwort) war auf diese ablehnende Aufnahme gefaßt. Von 5 Fällen sind jedoch 4 gesund geworden; die Fälle seien als pathologisch aufzufassen. Maßgebend seien nicht ausschließlich medizinische Grundsätze.

Nachmittags 6½ Uhr fand ein gemeinschaftliches Essen im „Grand-Hotel" statt.

II. Sitzung am 3. November, vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Herr Medizinalrat *Kreuser*.

Als Ort für die nächste Jahresversammlung wird Karlsruhe gewählt. Zu Geschäftsführern: *Neumann*-Karlsruhe und *Oster*-Illenau. Als Referatthema wird die Unterbringung geisteskranker Verbrecher zur Diskussion gestellt. Das Referat wird 3 Wochen vor der Versammlung in extenso im Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie veröffentlicht und

den einzelnen Mitgliedern mit der Einladung zur Versammlung zugeschickt. Die Zeit für den Referenten und Korreferenten zusammen wird auf 1 Stunde beschränkt.

Spielmeyer-Freiburg i. Br.: Über die nervösen Veränderungen bei der Dourine (Mal de coït) der Tiere.

Die Dourine, eine besondere Form der Trypanosomiasis, die bei Pferden in bestimmten Bezirken Afrikas, Asiens usw. als Seuche herrscht, hat nach Infektionsmodus, Verlauf und Symptomatologie viel Ähnlichkeit mit der Syphilis (Verbreitung durch den Geschlechtsakt, Primäraffekt, Allgemeinexanthem usw.). Auch anatomisch lassen sich nahe Beziehungen zwischen dieser Form der Trypanosomiasis und der Syphilis resp. deren nervösen Nachkrankheiten auffinden. Die Haut- und Knochenhautaffektionen der Dourine-Tiere ähneln den syphilitischen Granulomen, die Veränderungen am Rückenmark der Pferde (speziell die meningitischen Veränderungen) gleichen denen am paralytischen Rückenmark, und drittens kann die Dourine in seltenen Fällen zu zirkumskripten Plasmazelleninfiltrationen der Rindenpia führen. Außerdem wurden bei 2 von 12 Hunden, die mit dem Trypanosoma des Mal de coït infiziert worden waren, diffuse Veränderungen vom Typus der Schlafkrankheit des Menschen gefunden, die damit also auch an das Gewebsbild bei der Paralyse erinnern.

Diese klinischen und anatomischen Befunde bei dem Mal de coït bringen weitere Stützen für die Ansicht, daß die Trypanosomenkrankheiten zur Syphilis und ihren sogenannten Nachkrankheiten in verwandtschaftlich nahen Beziehungen stehen. Diese Ansicht gründet sich nicht auf einzelne histopathologische Eigentümlichkeiten, die beide Krankheitsgruppen miteinander gemeinsam haben, sondern auf die gemeinsamen Züge in dem ganzen Komplex von pathologisch-anatomischen, klinischen und allgemein biologischen Merkmalen. (Ausführliche Veröffentlichung im Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych.)

Diskussion. — *Ranke* - Heidelberg begrüßt die im Vortrage zum Ausdruck gekommene Konvergenz der Anschauungen *Spielmeyers* über die Ähnlichkeit des histopathologischen Bildes bei syphilitischen und metasyphilitischen Prozessen einerseits, den Trypanosomenerkrankungen des Zentralnervensystems andererseits mit den Ansichten, zu welchen *Nissl* und seine Schüler im Heidelberger Laboratorium gekommen sind. Nach den heutigen Kenntnissen können die von *Schaudinn* (auf Grund seiner Beobachtungen über den Entwicklungsgang des Trypanosoma der Athene noctua und über die morphologischen Eigenschaften der Spirochaeta pallida) angenommenen nahen Beziehungen zwischen Spirochaeten und Trypanosomen nicht als sicher erwiesen gelten; im Gegenteil dürfte es vorläufig richtiger sein, sich den von *Rob. Koch*, *Laveran*, *Sobernheim* u. a.

ınnen läßt.

Auch die Stütze, welche die Histopathologie der Erkrankungen zentralen Nervensystems durch die verschiedenartigen Trypanosomen-ktionen, sowie durch luische und metasyphilitische Prozesse der ɔgischen Hypothese *Schaudinns* zu bringen schien, ist mit größter ɪicht zu bewerten. Untersuchungen in *Nissls* Laboratorium haben ɪal gezeigt, daß subakute experimentelle Trypanosomeninfektion abweichende Bilder von der treponematischen Form der kongenitalen lues erkennen läßt, daß aber auch die entzündlichen Veränderungen bei ɪn Erkrankungen sowohl, wie bei der gleichfalls parasitären Schlaf-kheit von dem Bilde der progressiven Paralyse des Menschen (in feineren histologischen Details und in der Verteilung des Prozesses) stärker abweichen, als manche experimentell erzeugte (weder durch ɪchaeten noch durch Trypanosomen bedingte) Entzündungen des chen, manche Spontanerkrankungen sowohl des tierischen wie des jugendlichen menschlichen Gehirnes.

Auch die Beurteilung der sekundären Strangdegenerationen bei yphilitischen (resp. metasyphilitischen) und den durch Trypano-ıinfektion bedingten Erkrankungen des zentralen Nervensystems net noch den größten Schwierigkeiten, solange uns weder etwas ɪes über ihre Pathogenese noch über ihre feineren histologischen tümlichkeiten bekannt ist.

Zusammenfassend stimmte *Ranke* dem Vortr. in dem Satze durch-i, daß nach unseren heutigen Kenntnissen aus gewissen histologischen hkeiten trypanosomatischer, syphilitischer und paralytischer Rinden-kungen irgendwelche sicheren Schlüsse auf eine etwaige biologische ndtschaft der Spirochaeten mit den Trypanosomen sich n i c h t lassen.

ɔppenheim-Freiburg: Plasmazellenbefunde im Rücken-: bei progressiver Paralyse.

n Analogie zur Rindenerkrankung beanspruchen bei der pro-en Paralyse auch im Rückenmark neben den degenerativen tzündlichen Vorgänge besondere Beachtung. In 13 Fällen von siver Paralyse, bei welchen Vortr. das Rückenmark untersuchte, sich als Ausdruck der entzündlichen Veränderungen Plasmazellen-.e in der Pia und den Adventitialscheiden der Rückenmarksgefäße. wurde eine direkte Fortsetzung der Piainfiltration auf die ins mark eintretenden feineren Gefäße beobachtet. Bevorzugt er-

wiesen sich die Gefäße der Seitenstränge und der hinteren Wurzeln, während sich in der grauen Substanz nur spärliche Plasmazellen fanden. An Stellen, die *Weigert*-Degeneration zeigten, besonders in alten, sklerotischen Partien, fanden sich stets nur wenige oder gar keine Plasmazellen, während an den Stellen der reichlichsten Plasmazellinfiltration *Marchi*-Degenerationen bald nachweisbar waren, bald fehlten. Ein gesetzmäßiger Zusammenhang zwischen degenerativen und entzündlichen Vorgängen ließ sich demnach nicht feststellen.

Die entzündlichen Prozesse spielen also im Rückenmark bei der progressiven Paralyse eine nicht zu unterschätzende Rolle und können auch in Fällen, wo Faserdegenerationen fehlen, die Beteiligung des Rückenmarks an der paralytischen Erkrankung erweisen.

(Der Vortrag wird demnächst in ausführlicher Form erscheinen.)

Diskussion. — *Kreuser* fragt nach dem klinischen Befund der Fälle.

Oppenheim hat nur wenig Zusammenhänge zwischen dem klinischen und dem anatomischen Befund nachweisen können.

W. Fuchs-Emmendingen: Psychiatrie und Mneme.

F. befürwortet die Übertragung biologischer Forschungsprinzipien auf die Psychiatrie. Als einen Beitrag hierzu hat er zur Persönlichkeitsanalyse einen Analysebogen angelegt, auf dem Erlebnisse, Reaktionen und psychische Leistungen durch einfache Symbole registriert werden. (Ausführl. Publikation im Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. XXX, S. 355ff.)

Nissl-Heidelberg: Experimentalergebnisse zur Frage der Hirnrindenschichtung.

Zu den unaufgeklärten Fragen der pathologischen Anatomie der Hirnrindenerkrankungen gehört auch die Erfahrung, daß die heute nachweisbaren krankhaften Rindenveränderungen nicht selten bestimmte Schichten der Großhirnrinde bevorzugen. Nur zu einem kleinen Teile hängt diese Lokalisation der krankhaften Veränderungen in bestimmten Schichten mit der Anordnung der Rindengefäße zusammen; für den weitaus größten Teil dieser Lokalisation fehlt uns jegliches Verständnis; wir wissen nicht, ob einer solchen Lokalisation eine wesentliche Bedeutung für den krankhaften Prozeß zukommt.

Es ist klar, daß diese Frage innig mit der Frage nach der Bedeutung der Großhirnrindenschichtung überhaupt zusammenhängt. Über die Bedeutung der einzelnen Rindenschichten wurde zwar schon mancherlei gesagt; das aber, was hierüber sicher feststeht, ist ungemein wenig.

Nach der derzeitigen Sachlage kann die Frage nach der Bedeutung der Großhirnrindenschichtung nur vom anatomischen Gesichtspunkte aus in Angriff genommen werden, d. h. die Fragestellung kann nur lauten: Welche anatomischen Zusammenhänge besitzen die einzelnen Schichten der Großhirnrinde? Für das Denken des Vortr. ist es selbstverständlich,

daß ein derartiges Problem nur mit Hilfe des Experiments zu lösen ist. Zunächst handelte es sich für ihn darum, die allgemeinen Gesichtspunkte zu gewinnen, welche dem Grundriß der Säugetierrinde zugrunde liegen. Die Kaninchenhirnrinde genügte den Voraussetzungen; denn ihre Schichten heben sich voneinander in deutlicher Weise ab. Es war folgende Prämisse von *v. Monakow* gegeben: Die Hirnrinde besteht aus landkartenartig abgegrenzten Arealen, welche mit bestimmten Thalamuskernen direkt verknüpft sind. Vortr. hatte die Richtigkeit dieser Behauptung schon vor vielen Jahren bestätigen können, und zwar mit Hilfe einer von *Monakow* nicht angewandten Methode. Vortr. hatte nicht wie *Monakow* die Rinde des neugeborenen Kaninchens angegriffen, sondern beim erwachsenen Kaninchen landkartenartig abgegrenzte Rindenareale exstirpiert; 10—15 Tage nach der Operation wurden die Tiere getötet, der Thalamus in Alkohol gehärtet und in Schnitte zerlegt, die letzteren mit der wässerigen Lösung einer basischen Anilinfarbe gefärbt.

Vortr. suchte, von dieser Prämisse ausgehend, zunächst festzustellen, ob der gesamte Rindenquerschnitt eines landkartenartig abgegrenzten Rindenareals, das mit einem bestimmten Thalamuskern direkt verknüpft ist, mit letzterem in Beziehung steht, d. h. mit anderen Worten, ob sämtliche Rindenschichten dieses Areals mit dem Thalamuskern verbunden sind, oder ob nur eine oder auch mehrere Schichten dieses Areals, jedoch ohne Beteiligung der übrigen Schichten, mit dem Thalamuskern verbunden sind. Ebenso präzis wie die Fragestellung, ebenso klar war der einzuschlagende Untersuchungsweg: Vortr. mußte gerade so vorgehen, wie bei der Nachprüfung der Behauptung von *v. Monakow*: er mußte unter sorgfältiger Schonung der Rinde beim erwachsenen Kaninchen den Thalamus angreifen, 15—20 Tage nach erfolgter Zerstörung eines Thalamuskernes sollten die Tiere getötet, diesmal aber die Rinde in Serien zerlegt und die Serienschnitte mit basischen Anilinfarben tingiert werden. Waren sämtliche Rindenschichten mit dem zerstörten Thalamuskern verknüpft, so mußten die Erscheinungen der sekundären Degeneration sich gleichmäßig über den ganzen Rindenquerschnitt des mit dem zerstörten Thalamuskern zusammenhängenden, landkartenartig abgegrenzten Rindenareals verteilen; hing dagegen nur eine oder auch zwei Rindenschichten mit dem zerstörten Thalamuskern zusammen, so mußten sich auch die Erscheinungen der sekundären Degeneration auf nur eine oder auch auf zwei usw. Rindenschichten des mit dem zerstörten Thalamuskern zusammenhängenden Rindenareals lokalisieren.

Trotzdem Vortr. diesen Versuch immer wieder von neuem wiederholt hat, obschon er die Technik des Versuches nach den verschiedensten Seiten hin variierte, brachte er leider kein einziges Tier durch, das den Voraussetzungen voll und ganz genügt hätte.

Um die gestellte Frage beantworten zu können, suchte Vortr. nunmehr auf dem Wege des Ausschlusses zum Ziele zu gelangen. Er richtete

den Angriff auf das neugeborene Tier. Es wurde im Durchschnitt 12—24 Stunden nach der Geburt, und zwar ausschließlich intrakraniell, operiert. Die operierten Tiere wurden im halberwachsenen Zustande getötet, die Zentralorgane in Alkohol gehärtet, sodann in Serienschnitte zerlegt und letztere mit Toluidinblau gefärbt.

Vortr. ging von folgendem Grundversuche aus. Es wurden sämtliche Bahnen intrakraniell durchschnitten, welche die Hirnrinde mit der Peripherie und dem übrigen Zentralorgan verbinden, so daß gewissermaßen die Hirnrinde frei im Cavum cranii flottierte. (Der erste Schnitt verläuft, von der Mittellinie beginnend, ungefähr in der Nähe und in der Richtung der Kranznaht und durchtrennt, unmittelbar vor den Thalamus geführt, sämtliche Bahnen zwischen den vor dem Thalamus gelegenen Teilen und dem Thalamus resp. Regio subthalamica; dieser Schnitt, welcher der Kranznaht folgt, biegt, 4 mm von der Mittellinie entfernt, nach außen und hinten um und trennt den gesamten Stabkranz vom Thalamus ab. Der zweite Schnitt, in der Mittellinie geführt, trennt den Thalamus resp. die regio subthalamica der einen Seite vom Thalamus resp. von der regio subthalamica der anderen Seite ab. Der dritte Schnitt durchschneidet die beiden Hemisphären in der Mittellinie. Der vierte Schnitt trennt den Bulbus olfactorius von der Spitze der Hemisphäre ab.) Die Hemisphäre wird bei dem Grundversuch allerdings mit verletzt, eine Verletzung jedoch, deren Folgen durch andere Versuche festgestellt werden können.

Durch diesen Grundversuch erfährt man jedenfalls, in welcher Weise sich die zur Zeit des Eingriffes noch unentwickelte Rinde weiter entwickelt, auch wenn sie ihrer sämtlichen Verbindungen mit der Außenwelt und mit dem übrigen Zentralorgan beraubt ist, insbesondere wie sich die einzelnen Schichten unter diesen Voraussetzungen verhalten. Dadurch nun, daß man in systematischer Weise immer mehr Verbindungen zwischen Hirnrinde und den übrigen Teilen des Zentralorgans bestehen läßt, insbesondere dadurch, daß man die Rinde mit dem Thalamus in sehr verschiedener Weise verknüpfen kann, läßt sich die gestellte Frage bestimmt beantworten.

Vortr. erklärt, daß die von ihm in Angriff genommene experimentelle Arbeit noch lange nicht abgeschlossen ist, vorläufig demonstriert er Serienschnitte von zwei Kaninchen, bei denen zwar nicht der genannte Grundversuch gemacht, bei denen aber doch die wichtigsten Verbindungen zwischen Hirnrinde und den übrigen Teilen des Zentralorgans entfernt worden sind (erhalten ist noch der vordere Teil des Balkens und die vordere Kommissur; ferner ist der Bulbus olfactorius nicht von der Spitze des Stirnhirns abgetrennt).

Beide Gehirne ergeben das gleiche Resultat: Obgleich der gesamte Stabkranz in Wegfall gekommen ist, hat sich doch die Hirnrinde entwickelt; andrerseits fehlen die von der Hirnrinde abhängigen Thalamuskerne

vollständig. Die Rinde der operierten Seite ist durchweg bedeutend schmaler. Interessant ist, daß sämtliche Schichten der Rinde sich weiter entwickelt haben. Es besteht aber kein Zweifel darüber, daß, wenn auch sämtliche Schichten der Rinde überall nachweisbar sind, die Ausfälle an Nervenzellen weitaus am stärksten in den beiden untersten (innersten) Schichten und hier wieder in der untersten (innersten) Schicht sind. Die hier anzutreffenden Nervenzellen sind auch, was ihre Größenverhältnisse betrifft, entschieden kleiner. Auf die feineren strukturellen Unterschiede geht Vortr. nicht näher ein, hebt aber eine Erscheinung hervor, die man schon bei ganz schwacher Vergrößerung sehen kann. Während die Spitzenfortsätze in der Norm meist nur auf eine kleine Strecke weit verfolgbar sind (sie sind relativ breit und enthalten keine sich mit Farbbasen tingierenden Substanzen), stellen sie in den beiden untersten (innersten) Schichten, ganz besonders aber in der innersten Schicht, ein ganz kurzes, sich rasch zuspitzendes Schwänzchen dar. Dieses Verhalten zeigt am ausgesprochensten ein kleines Rindenstückchen, das beim Eingriff völlig von seiner Umgebung abgesprengt wurde, das sich aber weiter entwickelt hat, weil es in Verbindung mit der Pia geblieben ist und dadurch ernährt wurde. Auch in diesem völlig abgesprengten Rindenstückchen sind alle Schichten noch erkennbar, nur sind die Zellausfälle viel stärker ausgesprochen. Am meisten haben aber auch hier die beiden innersten Schichten gelitten. Die innerste Schicht besteht überhaupt nur aus einer einzigen Reihe von Zellen mit kurzen, scharf zugespitzten Spitzenfortsätzen.

Vortr. zeigt hierauf noch Thalamuspräparate von Tieren, welche in erwachsenem Zustand operiert wurden. Bei denselben wurden landkartenartig umgrenzte Rindenareale abgetragen, die Tiere 14 Tage nach der Operation getötet, die Thalami in Serien zerlegt und diese mit Toluidinblau gefärbt. Vortr. betonte, daß die nochmalige Nachprüfung der obengenannten Behauptung von *Monakow* immerhin etwas abweichende Resultate ergeben habe; an dieser Stelle will er darauf aber nicht mehr eingehen. Dagegen zeigten die projizierten Präparate ohne weiteres den fundamentalen Unterschied zwischen dem Verhalten des erwachsenen und demjenigen des neugeborenen Tieres bei der sekundären Degeneration. Derselbe Eingriff bedinge beim erwachsenen Tier regressive Veränderungen im entsprechenden Thalamuskern mit einer handgreiflichen Gliawucherung; beim neugeborenen Tier dagegen verschwindet derselbe Thalamuskern spurlos von der Bildfläche. Tritt im Thalamus eines bald nach seiner Geburt operierten Tieres eine größere Gliamasse zutage, so ist das nicht das Zeichen einer Gliawucherung, sondern lediglich ein Zeichen dafür, daß größer angelegte, aber durch die Operation in ihrer Weiterentwicklung gehemmte Fasermassen vorhanden sind; d. h. die in der Anlage von Faserbündeln enthaltenen Gliazellen verschwinden nicht, sondern rücken, da die Faserbahnen sich nicht entwickeln, dicht zusammen, während die grauen Kerne im Thalamus spurlos verschwinden.

Übrigens verhalten sich beim erwachsenen Tier die einzelnen Thalamuskerne bei der sekundären Degeneration hinsichtlich der Gliawucherung sehr verschieden, ein Moment, das vielleicht von großer Bedeutung ist.

Diskussion. — *H. Braus*-Heidelberg weist auf ähnliche Erfahrungen der experimentellen Embryologie hin, in welchen sich gezeigt hat, daß ebenso wie hier bei Rinde und Thalamus auch andere Teile, welche im späteren Leben fest miteinander verknüpft und aneinander funktionell gebunden sind, sich auch dann embryologisch völlig normal entwickeln können, wenn der anatomische Zusammenhang der frühesten Anlagen zerstört ist. Solche Beispiele sind: normale Entwicklung von Muskeln nach Ausschaltung der Anlagen der motorischen Nerven, von Skeletteilen nach Ausschaltung der zugehörigen Muskelanlagen u. dgl. (Alle diese Fälle sind zusammengestellt und beleuchtet worden von *H. Spemann* in seinem vorzüglichen Referat vor der D. Zool. Ges. Rostock 1907.) Dieses allgemein verbreitete Vermögen des embryonalen Organismus ist etwas sehr Sonderbares; es tangiert dasselbe nicht die Erscheinung beim Erwachsenen, wo tatsächlich feste Abhängigkeiten an Stelle der Unabhängigkeiten bestehen können.

Merzbacher-Tübingen berichtet über eine eigenartige juvenile familiäre Erkrankung des Zentralnervensystems, die an sieben Mitgliedern derselben Familie zur Beobachtung gekommen ist. Die Krankheit wird in jeder Generation von einem weiblichen Mitglied der Familie, das selbst gesund bleibt, weiter vererbt. Das Symptomenbild, das bei allen erkrankten Familienmitgliedern zu derselben Zeit — im vierten Lebensmonat —, mit den gleichen Symptomen (Tremor des Kopfes, sehr heftiger Nystagmus) einzusetzen pflegt, erinnert in seiner Gesamtheit am meisten an die multiple Sklerose, zeichnet sich aber vor derselben dadurch aus, daß Paresen und Muskelatrophien und eigenartige Knochenerkrankungen, wahrscheinlich osteomalakischer Natur, zuletzt im Vordergrund stehen. Die Krankheit hat einen progressiven Charakter und führt schließlich zu den allerschwersten Störungen: die Kranken können nicht gehen, nicht stehen, nur unzweckmäßige, ataktische Bewegungen ausführen. Die intellektuelle Entwicklung ist zwar gestört, es handelt sich aber nicht um Idiotie. — Das Gehirn eines Erkrankten konnte histologisch untersucht werden. Der Befund ist auch hier ein recht eigenartiger. Fast sämtliche Markscheiden des Gehirnes — und nur dieses stand zur Verfügung — sind ausgefallen; die weiße Substanz ist schmal, auf ein Minimum reduziert; längs des Rindensaumes sind anscheinend gesunde Fasern erhalten, die Glia erscheint mächtig gewuchert. Genauere Untersuchungen stehen jedoch noch aus. — In der Literatur ist *M.* nur e i n Fall bekannt, der mit dem von ihm beobachteten identifiziert werden könnte, nämlich der Fall, der 1885 von *Pelizaeus* beschrieben worden ist. (Nachdem *M.* seinen Vortrag bereits in Heidelberg gehalten hatte, konnte er die gewiß

interessante Tatsache feststellen, daß die von ihm beobachtete Familie ein Seitenzweig der von *Pelizaeus* beschriebenen Familie darstellt — also daß beide Fälle nur e i n e Familie betreffen; somit leiden in der betreffenden Familie 12 Mitglieder an d e r s e l b e n E r k r a n k u n g). — Eine ausführliche Publikation wird demnächst folgen.

Ranke-Heidelberg: Klinische und histopathologische Demonstration fötaler Zerebralerkrankungen.

Der Vortr. demonstriert drei Geschwister, welche an einer familiären epileptischen Idiotie mit Erscheinungen einer infantilen Zerebrallähmung leiden.

Bei allen dreien traten in den ersten Lebenswochen „Gichter" auf, welche in schwere epileptische Anfälle übergingen. Die intellektuellen Leistungen sind bei dem ältesten Kinde (15 jährig) sehr gering (spricht einige Worte, versteht einige Aufforderungen, kennt die gebräuchlichsten Gegenstände mit Namen, kann aber weder lesen noch schreiben), bei den zwei jüngeren (12- und 6 jährig) gleich null (fixieren nicht, kennen weder Mutter noch Geschwister, äußern keinerlei Lustgefühle).

Bei allen dreien ist eine gewisse Progredienz des Leidens unverkennbar: das älteste Kind bekam erst im 10. Jahre schwere epileptische Anfälle; das zweite erlitt im 6. Jahre einen „Schlaganfall", das dritte verlernte unter heftiger werdenden Anfällen das mit 4 Jahren gelernte Gehen im Alter von 5½ Jahren wieder.

Bei allen drei Kindern endlich sind Erscheinungen einer infantilen Zerebrallähmung vorhanden: das älteste zeigt eine leichte rechtsseitige Schwäche und Hypotrophie, das zweite eine schwere spastische Paraplegie sämtlicher Extremitäten (rechts $>$ links), das dritte leichtere Spasmen und ebenfalls geringe, doch sichere Halbseitenerscheinungen.

Zwischen dem ersten und zweiten lebenden Kinde ist eines gestorben, das mit schlaffer Paraplegie der sämtlichen Extremitäten auf die Welt kam, ebenfalls „Gichter" und später schwere epileptische Krämpfe zeigte und im Alter von 6 Jahren an einem Schube seiner Krankheit (an „Hirnentzündung") starb.

Auch zwischen dem zweiten und dritten Kinde starb eines, bereits im Alter von 5 Monaten, an „Gichtern", das niemals irgendwelche psychische Regungen gezeigt hatte.

Nach dem letzten lebenden Kinde hat die Mutter noch dreimal geboren: einmal lebensunfähige Zwillinge im 6. Fötalmonate, ferner ein Kind, das idiotisch war wie die andern und mit 7 Monaten an „Hirnhautentzündung" starb, endlich wurde kürzlich auf ihren Wunsch — bei der völligen Aussichtslosigkeit auf ein gesundes Kind — im 5. Monate der Gravidität Abort eingeleitet.

Als wahrscheinliche Ursache dieser familiären Idiotie ließ sich nur ein sehr schwerer chronischer Alkoholismus des Vaters feststellen.

Anschließend an diese klinische Demonstration sprach der Vortr. über den histologischen Nachweis feinerer Entwicklungsstörungen bei solchen Hirnkrankheiten, bei welchen wir annehmen dürfen, daß sich ein bestimmter pathologischer Prozeß auf einem für diesen besonders geeigneten Boden entwickelt hat. Neben einigen normalen und pathologischen Fötalpräparaten, welche uns derartige Veränderungen im fertigen Gehirn besser verstehen lassen, zeigte er Bilder von juveniler Paralyse (auf dem Boden einer hereditären Lues) und genuiner Epilepsie. Bei dieser fanden sich (in allen daraufhin untersuchten Fällen) in der obersten Rindenschicht eigentümliche nervöse Elemente, welche in bestimmten Fötalzeiten eine große Rolle zu spielen scheinen, später aber normalerweise wieder verschwinden; bei jener dagegen ließen sich die von *Sträußler*-Prag zuerst mitgeteilten eigentümlichen Störungen der *Purkinje*-Zellen des Kleinhirns (Doppel- und Dreikernigkeit, ganz eigentümliche Formen auch der einkernigen Zellen) in vier Fällen konstatieren. Endlich fand sich in einem Falle von juveniler Paralyse eine eigentümliche Zellmasse im äußersten Saum des Großhirns, welche sich auf eine bestimmte Entwicklungsstörung zurückführen läßt.

Quensel demonstriert Präparate mit reaktiven Zelldegenerationen nach Hirnstammverletzung bei Kaninchen. — Bei gemeinsam mit *Kohnstamm* ausgeführten experimentellen Untersuchungen fand sich im Anschluß an eine Läsion, die in der Höhe des motorischen Trigeminuskernsgerade die Raphe und den mittleren Teil der Formatio reticularis von den hinteren Längsbündeln an bis ventral in den Trapezkörper zerstörte, eine Tigrolyse kaudal gelegener Zellen in der Formatio reticularis bis zur Höhe der Hinterstrangkerne abwärts. Diese Reaktion läßt dieselben als Ursprungszellen eines in der Formatio reticularis aufsteigenden Systems erscheinen. Ein solches ist zu postulieren als wesentliches Glied in der dritten großen kortikopetalen, der Leitung von Schmerz- und Temperatureindrücken dienenden Bahn (*Kohnstamm*, Deutsche neurol. Gesellschaft 1907), dem mit dem (zum Kleinhirn bestimmten) *Gowers*schen Bündel verlaufenden Tractus anterolateralis ascendens. Das System stammt aus Hinterhornzellen, kreuzt in der ventralen Kommissur, ein kleiner Teil (spinotektale Bahn von *Edinger*) erreicht die Vierhügel (*Hoche*, *Sölder* u. a.), ein noch kleinerer gelangt zum Thalamus (spinothalamische Bahn, *Mott*, beim Menschen zuerst vom Vortr. beobachtet). Die Hauptmasse endet in der Formatio reticularis, wie demonstrierte *Marchi*-Präparate zeigen. (Centrum receptorium medullae oblongatae *Ko.*). Aus der Oblongata steigen in der Formatio reticularis ventral und lateral vom Fasc. longitudinalis post. Faserzüge auf, *Forel*sche Faszikel von *Lewandowski*, die den Thalamus und damit den Anschluß an die Rinde erreichen. Sie verlaufen in unmittelbarer Nähe der sekundären Trigeminusbahnen, für die

nach klinischen wie anatomischen Erfahrungen durchaus analoge Verhältnisse bestehen.

Als Schlußstein in der Kette der multineuronalen Schmerz- und Temperatursinnesleitung fehlte uns bisher nur die Kenntnis der Ursprungszellen für die aus der Medulla oblongata entspringenden Fasern. Unsere Präparate zeigten sie genau an der zu erwartenden Stelle degeneriert.

Unsere Deutung findet gewisse Schwierigkeiten darin, daß, wie *Kohnstamm* gezeigt hat, Zellen der Formatio reticularis, speziell auch im unteren Lateralkern (Nucleus reticularis lateralis), nach Rückenmarksdurchschneidungen aufsteigend degenerieren, also absteigende Axone aussenden. Demgegenüber ist zu bemerken: 1. Es handelt sich zum Teil hier um andere Zellen, besonders auch um mittelgroße, im dorsalen Teile der Formatio reticularis grisea, direkt ventral vom hinteren Längsbündel gelegene, 2. von den großen, ventraler gelegenen Zellen ist von *Kölliker, Ramon* und von *Held* beobachtet, daß sie einen Achsenzylinderfortsatz aussenden, der sich in einen auf- und einen absteigenden Ast teilt. Damit ist die Möglichkeit einer reaktiven Degeneration sowohl auf- als absteigend durchaus gegeben. Die Zellen stellen das Glied einer zentripetalen Kette dar. Wie so oft bei zentralen Elementen sind sie aber damit in ihrer Funktion nicht erschöpfend charakterisiert, sondern erfüllen zugleich noch reflektorische und koordinatorische Funktionen. Als Reflexelemente sind sie denn auch schon von *Held* u. a., als sensibles Neuron dritter Ordnung von *Kölliker* angesprochen worden.

Rosenfeld-Straßburg: Die Serodiagnose der syphilidogenen Erkrankung des Zentralnervensystems.

Vortr. referiert zunächst diejenigen Arbeiten, nach welchen mit Hilfe der Komplementbindungsmethode Antistoffe in der Zerebrospinalflüssigkeit und im Serum gefunden wurden (*Wassermann, Plaut, Marie, Levaditi, Schütze, Neisser, Bruck, Schucht* u. a.). Die beiden zuerst genannten Autoren fanden in ihren ersten Untersuchungen in 41 Fällen von 54 Antistoffe in der Zerebrospinalflüssigkeit; in 19 Fällen von 20 auch im Serum. *Marie* und *Levaditi* konnten dieselben in 29 Fällen von 39 nachweisen. Bei Tabikern scheint der positive Ausfall der Reaktion nicht so häufig zu sein. Nach der Untersuchung von *Schütze* fanden sich in 12 Fällen von Tabes nur achtmal Antistoffe; dabei war es auffällig, daß in den vier übrigbleibenden Fällen auch die luische Infektion geleugnet wurde. Zahlreiche Fälle, in denen sich Antistoffe nachweisen ließen, hatten angeblich keine Infektion durchgemacht. Für den Ausfall der Reaktion war es gleichgültig, ob die Zustandsbilder schwer waren, ob eine antiluische Behandlung stattgefunden hatte, und ob der Zeitpunkt der Infektion schon lange zurücklag. Ein Parallelismus zwischen der Lymphocytose und dem Vorhandensein von Antistoffen ließ sich nicht nachweisen.

In späteren Untersuchungen von *Plaut* stieg die Zahl derjenigen Fälle, in welchen sich Antistoffe im Serum und Zerebrospinalflüssigkeit nachweisen ließen, fast auf 100 %. Bei Lues cerebri und bei Lues ohne zerebrale Affektionen war die Zahl der Fälle, welche eine positive Reaktion gaben, eine geringe.

Das Vorkommen von Antistoffen in der Zerebrospinalflüssigkeit erscheint demnach als pathognomonisch für Paralyse.

Vortr. berichtet dann ferner über Untersuchungen, welche von *Fornet* und *Schereschewsky* im Bakteriologischen Institut zu Straßburg angestellt worden sind. Die genannten Autoren suchten mit Hilfe der Präzipitatreaktion den Nachweis zu führen, daß in dem Serum von Paralytikern und Luikern sich spezifische korrespondierende Körper nachweisen lassen. Das Material zu diesen Untersuchungen stammte aus der Klinik für Hautkrankheiten und der Psychiatrischen Klinik zu Straßburg. Die genannten Autoren ließen das Serum eines Luikers, bei welchem sie die Spirochaete pallida nachgewiesen hatten, mit dem Serum verschiedener Paralytiker und Tabiker reagieren. In der Mehrzahl der Fälle traten spezifische Präzipitate auf, während weder das Serum der Luiker, noch das der Paralytiker und Tabiker mit normalem Menschenserum zusammen die gleiche Reaktion gaben. In einer Reihe von Fällen sicherer Paralyse und in einem Falle von Paralyse mit Knochensyphilis fiel die Präzipitatreaktion aber negativ aus. Der Vorzug der von genannten Autoren angegebenen Methode ist zunächst der, daß sie leicht auszuführen ist. Ob sie sich in der Praxis ebenso bewähren wird wie die Komplementbindungsmethode, wird durch weitere Untersuchungen erst noch festgestellt werden müssen (Lit. vgl. *Fornet* und *Schereschewsky*, Serodiagnose bei Lues, Tabes und Paralyse durch spezifische Niederschläge, Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 30; dieselben, Über Luespräzipitine und Luespräzipitinogene. Vortrag gehalten auf dem XIV. internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie, Berlin 1907).

Diskussion. — *Alzheimer* betont, daß entsprechende Versuche in der Münchener Klinik negativ ausgefallen seien, während sich die Komplementbindungsmethode stets zuverlässig erwiesen habe.

Rosenfeld weist auf die Schwierigkeit der Komplementbindungsmethode und die Einfachheit der Präzipitationsmethode hin.

Reiß-Tübingen: Über paranoide Symptomenkomplexe bei Degenerierten.

Vortr. zeigt an der Hand eines Falles, daß auch im gewöhnlichen Leben paranoide Erkrankungen vorkommen, die als pathologische Reaktionen auf Grund einer eigentümlichen degenerativen Veranlagung aufgefaßt werden müssen. Diese Erkrankungen entsprechen durchaus den von *Bonhoeffer* in seiner Arbeit über Degenerationspsychosen geschilderten ersten Gruppe von Gefängnispsychosen, für die daher die gleiche Auffassung

gilt. Eine Zusammenstellung der in der Tübinger Klinik beobachteten hierher gehörigen Fälle bestätigte diese Annahme.

(Vortrag wird in extenso in *Gaupps* Zentralblatt erscheinen.)

Diskussion. — *Wilmanns* schließt sich dem Vortr. an. Die Symptomenkomplexe machen Schwierigkeiten nicht bloß der Dementia praecox gegenüber, sondern auch gegenüber dem manisch-depressiven Irresein.

Reiß (Schlußwort) betont, daß das manisch-depressive Irresein in seinem Fall ausgeschlossen war.

L. Mann-Mannheim: Psychiatrische Aufgaben der Gemeinden.

In der Mehrzahl der Städte ist die Versorgung der Geisteskranken vor der Aufnahme in die Anstalt eine ungenügende. Die paar Zellen, die gewöhnlich zur Verfügung stehen, können nur der Verwahrung dienen, eine Behandlung ist so gut wie ausgeschlossen. Die Gemeinden müssen entweder in Form eigener psychiatrischer Abteilungen der Krankenhäuser oder von Asylen, beide unter spezialistischer Leitung, für eine sachgemäße Vorbehandlung Geisteskranker, Versorgung von plötzlich hilfsbedürftig Gewordenen (Epileptiker, Hysteriker, Alkoholiker, Deliranten, Psychopathen), die rasch wieder zur Entlassung kommen, sorgen. In größeren Städten ist dieser Einrichtung die Begutachtung evtl. Behandlung und Erziehung von Fürsorgezöglingen und Jugendlichen anzuschließen, wie dies Frankfurt durchgeführt hat.

Der klinischen Einrichtung ist eine psychiatrische Beratungsstelle anzuschließen mit Poliklinik für die Psychisch-Nervösen und mit einer Auskunftstelle für alle Fragen des Irrenwesens, in der Gesunde und Kranke über die rechtlichen Verhältnisse, Anstaltsunterbringung, Entmündigungsangelegenheiten, Verfahren mit Alkoholikern usw. unentgeltlich Auskunft erhalten. In Verbindung hiermit wäre eine Zentrale zur Bekämpfung des Alkoholismus zu schaffen. Ferner wird die Einrichtung von Kursen für freiwillige und Berufsirrenpfleger ermöglicht, die den Anstalten einen Nachwuchs von geeignetem Material liefern können. Es ist anzunehmen, daß bei dem Wechsel der Lage des Arbeitsmarkts sich genügend Leute für den Pflegerberuf finden, wenn sie vorher Gelegenheit haben, diesen kennen zu lernen. Vortr. verspricht sich hiervon Vorteile für die Qualität des Pflegepersonals; ebenso werden Kurse für Juristen, Verwaltungsbeamte, Lehrer und die Polizei ermöglicht, wie dies *Dannemann*, der in allen diesen Fragen besondere Verdienste hat, für letztere durchgeführt hat.

Sehr wichtig ist die Fürsorge für die entlassenen Geisteskranken und Fürsorgepfleglinge. Die Hilfsvereine für entlassene Geisteskranke genügen nicht, es muß ein psychiatrischer Arbeitsnachweis geschaffen werden, der einerseits in Verbindung mit den entlassenden Anstalten, andrerseits in Verbindung mit den städti-



schen allgemeinen Arbeitsnachweisen und den Arbeitgebern stehen soll. Wenn ein Kranker zur Entlassung kommt, so soll schon eine Arbeitstelle für ihn bereit sein. Die Zentrale übt dann die weitere Kontrolle aus und erledigt die Erkundigungen der Anstalten.

Weiter soll die Zentrale Fühlung suchen 1. mit der Schulbehörde (Hilfsschulen), 2. mit der Aushebungskommission (rechtzeitige Ausschaltung Minderwertiger vom Militär), 3. mit der Gerichtsbehörde (bei Einleitung von Zwangs- und Fürsorgeerziehung, Verfahren bei Jugendlichen), 4. mit dem Bezirksamt oder der entsprechenden Verwaltungsbehörde (Begutachtung, Verfahren bei Landstreichern, Prostituierten usw.).

Schließlich wird die Stadtpsychiatrie bei der Statistik der Psychosen und Psychoneurosen, bei anamnestischen und katamnestischen Erhebungen, bei der Familienforschung, bei der Erforschung der sozialen Ursachen und sozialhygienischen Prophylaxe (Einfluß von Beruf, Wohnungsverhältnissen, Arbeitsverhältnissen, Kinderarbeit usw.) wertvolle Dienste leisten können. (Ausführliche Veröffentlichung an anderer Stelle.)

Berliner-Gießen: Zur Kasuistik der Diplopie.

Vortr. berichtet über eine eigenartige Form von Diplopie, die, abgesehen von Symptomen einer Verengerung der rechten Tuba Eustachii, mehrere Monate hindurch das einzige Symptom eines von der Schädelbasis ausgegangenen Sarkoms bildete: Der Patient sah Objekte, die sich in einer Entfernung von weniger als 60 Zentimeter befanden, einfach. Außerhalb dieses Umkreises entstanden gleichnamige und gleich hoch nebeneinander stehende Doppelbilder, deren Abstand beim Geradeaussehen mit der Entfernung vom Patienten zunahm. Bei seitlicher Verschiebung des Objekts wuchs ebenfalls der Abstand der Doppelbilder, in gleichem Maße bei Verschiebung nach rechts wie nach links.

Die Annahme einer doppelseitigen Abduzensparese genügte zur Erklärung der Störung nicht. Dagegen sprachen zwei Feststellungen: 1. erwiesen sich alle Bewegungen der Augen als ungestört; auch die Abduktion beider Augen war beim Seitwärtsblicken nach rechts oder nach links völlig intakt; 2. verschob man innerhalb des Abstandes von 60 cm das Objekt seitlich, nach rechts oder nach links, so blieb das Bild einfach, auch bei maximaler Seitwärtswendung des Blickes. Es wurde demnach binokular (nach Verdecken des dem Gegenstande zugekehrten Auges wurde dieser weiter wahrgenommen) einfach gesehen, auch wenn an die Leistungsfähigkeit der Nervi abducentes hohe Anforderungen gestellt wurden. Mit der Annahme einer Lähmung der Divergenz war das Verhalten der Doppelbilder bei Verschiebung des Objekts nach rechts oder links von der Medianlinie nicht vereinbar. Nach *Straub* gehört es zu den Symptomen der Divergenzlähmung, daß die Doppelbilder sich dabei nähern und schließlich zusammenfallen. Im vorliegenden Falle entfernten sich die Doppel-

ser Zeit nur insofern ein, als der Konvergenzfernpunkt immer näher kte, der Patient schließlich nur im Umkreise von 8 cm noch einfach . Im August wurde bei Untersuchung in der Ohrenklinik eine kirsch- ße Geschwulstbildung am Ostium pharyngeum tubae gefunden. Ein Probe exzidiertes Stück zeigte Sarkomstruktur. Im Laufe des Sep- ber trat eine Schwellung in der Gegend des rechten Jochbogens ein, rdem rechtsseitige Ptosis; die bis dahin normalen Pupillen wurden eich, die linke weiter als die rechte. Eine Operation (von der Regio matica aus) war ohne Erfolg. Bei der letzten Untersuchung zeigte beim Blicken geradeaus sowie nach links der gleiche Befund wie früher, end beim Seitwärtsblicken nach rechts nunmehr das für Abduzens- ung charakteristische Verhalten der Doppelbilder konstatiert wurde. r Literatur fand sich nur eine der obigen ähnliche Schilderung der pie. *Dor* hat eine 16 Monate andauernde Diplopie bei einem 12- en Knaben beobachtet, der sich von dem vorliegenden nur insofern chied, als dabei die Entfernung der Doppelbilder zum Blicke aus wie zur Seite bei gleichem Abstande die gleiche blieb.

1. *Homburger*-Frankfurt: Fragestellungen zur Lehre von truktur der faserigen pathologischen Neuroglia.

Veigert hatte festgestellt, daß in der Anordnung der normalen liafasern, entsprechend deren Wesen als Stützsubstanz, mechani- omente der Zug-, Druck- und Schubfestigkeit mitbestimmend sind, ß die normale Neuroglia von dem *Roux*schen Maximum-Minimum- keine Ausnahme mache.

r die pathologisch neugebildete faserige Glia beanspruchte er die seiner Schädigungstheorie in dem Sinne, daß durch Ausfall ner- ewebes eine Glianeubildung ausgelöst wird mit der Tendenz zur liferation.

rtr. bringt nun einige Beispiele dafür bei, daß auch unter patho- n Bedingungen an der gliösen Abgrenzung von Zysten bzw. Er- gshöhlen und am Rande traumatischer Hirnrindendefekte echte üstformationen vorkommen, welche dem Maximum-Minimum- ntsprechen. Diese Bildungen stellen in konstruktiver und biolo- Hinsicht einen scharfen Gegensatz dar gegenüber den struktur- entwirrbaren Fasermassen, die man um Erweichungen usw. ge- findet. In diesen beiden einander gegenüberstehenden Bildungen zwei Formen des Maximum-Minimumgesetzes zum Ausdruck.

Die gewöhnliche und für normale Verhältnisse durchweg gültige: num an Material leistet ein Maximum an Funktion durch die

mechanisch hochwertigste Anordnung der Elemente — unter pathologischen Verhältnissen der seltnere Fall.

2. Ein Maximum neugebildeten Materials leistet eine reparatorische Funktion in einem Minimum von Zeit, wobei die Anordnung der Elemente in den Hintergrund tritt; die Druckausgleichung durch Raumausfüllung ist im Falle eines Defektes das Wesentlichste. In der Geltendmachung des zeitlichen Momentes sieht *H.* ein wesentliches Charakteristikum formativer Prozesse unter krankhaften Bedingungen. Aus diesem Gesichtspunkte ist es an sich schon klar, daß die pathologische Neubildung von Gliafasern nicht unabhängig von derjenigen der zelligen Glia verständlich ist; in jedem Falle sind folgende Fragen zu stellen:

1. nach der Fähigkeit der Zellen, Fasern zu bilden;
2. nach der Möglichkeit hierzu unter Maßgabe der Spannungsverhältnisse zwischen nervöser Substanz, Flüssigkeiten und Neuroglia selbst;
3. nach dem mechanischen Erfordernis zur Bildung von Fasern.

Hierfür Kriterien zu schaffen, ist die Aufgabe späterer Untersuchungen.

Pfersdorff-Straßburg: Über die Störungen der Sprache im manisch-depressiven Irresein.

(Erschien im 2. Märzheft des *Gaupp*schen Zentralblattes.)

Bayerthal: Schulärztliche Erfahrungen.

(Der Vortrag wird in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift erscheinen.)

Herr *Gruhle*-Heidelberg verzichtet auf den Vortrag: Entwicklung und Geisteszustand von Zwangszöglingen.

Zöllner-Straßburg: Über einen Fall von Hypophysentumor. (Ausführliche Veröffentlichung im Archiv für Psychiatrie.)

An Krankengeschichte und pathologisch-anatomischem Befund interessieren vor allem folgende Punkte: Es bestanden Störungen im Körperwachstum, kindlich weiblicher Habitus, Adipositas, wie sie ähnlich schon mehrfach beschrieben sind. Der Tumor hatte zu einer hochgradigen Impression des Pons geführt; zu Lebzeiten hatten jedoch keinerlei Ausfallerscheinungen im Gebiete der motorischen Bahnen bestanden. Die Begründung dafür dürfte in dem sehr langsamen Wachstum des Tumors liegen. Eine Degeneration im Gebiete der Pyramidenbahnen war nicht vorhanden. Durch die multiplen an der Basis liegenden Tumoren waren die Hirnnerven teilweise schwer anatomisch geschädigt, hatten jedoch größtenteils entweder gar keine oder doch nur geringe Ausfallerscheinungen in ihrem Innervationsgebiet geboten. Der Tumor war nach abwärts bzw. vorwärts in die Nasenhöhlen und Augenhöhlen gewuchert, in ersterer der Probeexzision zugänglich geworden. Es dürfte von hohem Wert sein, durch Probeexzision zu Lebzeiten schon pathologisch-anatomisch die Herkunft des Tumors

beweisen zu können. Die Hypophysentumoren haben in letzter Zeit ganz besonders durch das kühnere Vorgehen der Chirurgen an Interesse gewonnen; *Schloffer* hat einen solchen Fall operiert, desgleichen *v. Eiselsberg*.

Die neuere Literatur bringt eine größere Zahl von beobachteten Hypophysentumoren, während die ältere Literatur verhältnismäßig wenig enthält. Die Frage der Operation solcher Tumoren ist nach den bisherigen Erfahrungen auf jeden Fall zu erwägen.

Schluß der Sitzung 1 ½ Uhr.

Nachmittags besichtigte ein Teil der Versammlung die neue Anstalt bei Wiesloch.

Heidelberg und Straßburg. *Pfersdorff.* *Ranke.*

---

126. Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin am 14. März 1908.

Anwesend die Herren: *Abraham*-Berlin a. G., *Ascher*-Berlin, *Bischoff*-Buch a. G., *Boedeker*-Schlachtensee, *Bratz*-Wuhlgarten, *Döblin*-Buch a. G., *Max Edel*-Charlottenburg, *Eicke*-Herzberge, *Forster*-Berlin a. G., *Frenkel*-Heiden a. G., *Gock*-Landsberg a. W., *Hebold*-Wuhlgarten, *Junius*-Buch, *Kalischer*-Schlachtensee, *Knörr*-Teupitz, *Koenig*-Dalldorf, *Kortum*-Dalldorf, *Hans Laehr*-Schweizerhof, *Liepmann*-Dalldorf, *Lilienstein*-Nauheim a. G., *Lipschitz*-Berlin a. G., *Loewenstein*-Herzberge a. G., *Marthen*-Landsberg a. Warthe, *Matthies*-Dalldorf, *Moeli*-Herzberge, *Mucha*-Franz.-Buchholz, *Munter*-Berlin, *Pelizaeus*-Oeynhausen a. G., *Salinger*-Buch a. G., *Schmitz*-Neu-Ruppin, *Schoenhals*-Haus Schönow a. G., *Schulz*-Buch a. G., *Schuster*-Berlin, *Seiffer*-Berlin a. G., *Vieregge*-Buch a. G., *Waldschmidt*-Nikolassee, *Ziehen*-Berlin, *Zinn*-Eberswalde.

Dem Verein ist beigetreten: Dr. *Rosenberg*-Berlin (Charité).

Vorsitzender *Ziehen*.

Der Vorsitzende gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Geh. Medizinalrat Dr. *Baer*, zu dessen Ehren und Gedächtnis die Anwesenden sich erheben.

Herr *Seiffer*: Gedächtnis-Untersuchungen.

Der Vortr. demonstriert zwei Apparate, welche für Gedächtnisuntersuchungen bestimmt sind, und führt dazu aus, daß die genaue Untersuchung des Gedächtnisses nicht nur für die normale, sondern auch für die pathologische Psychologie, insbesondere also auch für die Zwecke der wissenschaftlichen Psychiatrie mehr und mehr an Bedeutung gewonnen hat. Nur wenn wir dem Wunsche nach möglichst exakter Untersuchung des Gedächtnisses gerecht werden, ist es möglich, sich von den Fehlerquellen individueller Anschauung und Erfahrung zu emanzipieren und Urteile auszusprechen, welche auf allgemeinen Kredit Anspruch machen können. Der subjektive Eindruck eines Untersuchers über Intelligenz und Gedächtnis eines Kranken beweist nichts für andere Untersucher

und kann nicht als Tatsache hingenommen werden; nur objektiv nachprüfbaren Untersuchungen kommt ein wissenschaftlicher Wert zu.

Die Methoden, die uns hierbei zur Verfügung stehen, sind nicht sehr zahlreich. Ihre Zahl wird bereichert durch zwei Apparate, die noch wenig bekannt und praktisch angewandt sind, nämlich den Rotationsapparat für Gedächtnisstudien von *G. E. Müller* und den Gedächtnisapparat von *Wirth*, modifiziert nach *Ach*, welche beide vom Vortr. in ihrer Gebrauchsweise vorgeführt werden. Sie haben beide ihre besonderen Vorzüge und erwiesen sich dem Vortr. bei seinen bisherigen Untersuchungen als sehr brauchbar und zu allgemeiner Anwendung empfehlenswert. Besonders gilt dies von dem *Wirth-Ach*schen Apparat, mit welchem der Vortr. bisher vorzugsweise gearbeitet hat. Der Umfang seiner Untersuchungen ist allerdings bisher noch ein beschränkter, doch ergibt die Zusammenstellung der etwa 100 Gedächtnisversuche an Kranken der psychiatrischen Klinik bereits ganz interessante Resultate, welche indes bei der relativ geringen Zahl nur gestreift werden. Als Reiz für das Gedächtnis bzw. die Merkfähigkeit wurde eine bestimmte Zahl von Worten bzw. zweistelligen Zahlen verwendet und in meist fünf aufeinanderfolgenden Versuchen festgestellt, wieviel von den exponierten Worten oder Zahlen gemerkt wird. Die Versuchsanordnung läßt sich in der mannigfachsten Weise variieren. Die Fehlreaktionen wurden mit protokolliert und boten für sich interessante psychologische Beziehungen. Die schlechtesten Merkleistungen boten die Defektpsychosen mit anatomischem Befund, während die Leistungen bei Dementia praecox — anderen Erfahrungen entsprechend — oft ausgezeichnete waren. Die Kontraste zwischen funktionellen Psychosen und solchen mit anatomischen Veränderungen, sowie die Beeinflussungen der Resultate durch die Inkohärenz, z. B. bei Deliranten, sind evident, lehrreich die Vergleiche der Ergebnisse im Dämmerzustand und außerhalb desselben bei ein und demselben Kranken.

Es wäre verfrüht, schon jetzt auf weitere Einzelheiten der Untersuchungsresultate einzugehen. Von Anfang an muß natürlich im Auge behalten werden, daß eine Menge von Fehlerquellen zu beachten sind, welche aus dem untersuchten Kranken selbst, oder aus der Art des Apparates, oder aus der Umgebung entspringen können. Um nur einige zu erwähnen, so sind Störungen des Seh- und Lesevermögens, Belichtungsintensität der Reizworte usw., Geräusche in der Umgebung von großer Bedeutung, ebenso z. B. der physiologische Zustand des Untersuchten, die Frage, ob er sich vor oder nach dem Essen befindet, ob er morgens oder abends, nach durchwachter Nacht oder anderen Strapazen physischer und psychischer Art geprüft wird. Dadurch wird selbstverständlich die Vergleichsmöglichkeit einzelner Untersuchungen ganz erheblich eingeschränkt. Von ausschlaggebender Wichtigkeit ist dabei auch die Untersuchung der Aufmerksamkeit, welche zur selben Zeit stattzufinden hat. Der Vortr. zeigt zum Vergleich die Ergebnisse einer Aufmerksamkeits-

prüfung (*Bourdon*sche Probe) mit den Ergebnissen der Merkfähigkeitsprüfung bei denselben Kranken. Man erkennt deutlich die schlechten Merkleistungen bei den Kranken mit schlechten Resultaten der Aufmerksamkeitsprüfung und umgekehrt.

Da die Psychiatrie in ihrem Streben nach wissenschaftlicher Gleichstellung mit anderen klinischen Fächern allen Grund hat, ihre Untersuchungsmethoden zu vertiefen und möglichst exakt zu gestalten, so ist der Wert solcher Gedächtnisuntersuchungen nicht, wie es vielfach noch geschieht, gering zu achten. Uns muß vielmehr alles darauf ankommen, für die wichtigsten psychischen Störungen wissenschaftliche Untersuchungsmethoden einzuführen. Mit der Untersuchung psychischer Funktionen aber, wie sie diese u. a. Apparate gestatten, nähern wir uns dem Vorbilde anderer klinischer Gebiete, nämlich der exakten, allgemein gültigen, allgemein nachprüfbaren Feststellung eines bestimmten Tatsachenmaterials.

Diskussion. — Herr *Vieregge* bittet den Vortr. um Auskunft, ob es sich bei den Reizen tatsächlich um zweistellige Zahlen oder um zwei einfach hintereinander gestellte Ziffern handelte, ob also 53 als dreiundfünfzig oder fünf drei gemerkt und reproduziert wurde.

Herr *Bischoff* fragt nach Erfahrungen mit dem *Müller*schen Apparat bei Geisteskranken und darnach, ob die Geisteskranken bei den Versuchen am *Wirth*schen Apparat sich gut fixieren ließen.

Herr *Bratz*: Die exakten Apparate zur Gedächtnisprüfung, welche der Herr Vortr. uns demonstriert hat, bieten mir willkommenen Anlaß, Ihnen über einen einfacheren Apparat und seine Handhabung zu berichten. Es ergab sich insbesondere bei Epileptischen in bezug auf die allmählich sinkende Leistungsfähigkeit (Grad der Demenz) und in bezug auf die Schwankungen der Leistungen (Benommenheitszustände), ferner bei Alkoholikern im Hinblick auf die zunehmende Gedächtnisleistung in der Abstinenz, das Bedürfnis zu einer möglichst exakten, aber leicht und schnell zu handhabenden Prüfung des Gedächtnisses, welche bei demselben Individuum in längeren Zwischenräumen wiederholt werden konnte.

Ich schloß mich bei Konstruktion unseres Apparates der jetzt allgemein geübten Methode des Vorsprechens von mehrstelligen Zahlenreihen an, welche zunächst nachgesprochen, dann eventuell in umgekehrter Reihenfolge reproduziert werden müssen. Das Zahlenvorsprechen hat in bezug auf Exaktheit des Experiments bekanntermaßen den Nachteil, daß je nach der Schnelligkeit usw. des Vorsprechenden die Aufgabe verschieden ausfällt. Ich versuchte nun maschinell dieselbe Aufgabe mit größerer Gleichmäßigkeit zu stellen, allerdings als visuellen, nicht akustischen Reiz. An einem Loche passiert mit gleichmäßiger Geschwindigkeit vorbei eine Kreisscheibe, in welche die Zahlen von 0 bis 9 in unregelmäßiger Reihenfolge gesteckt sind. Die Zahlen sind weiß auf schwarzem Grund,

3 cm hoch, recht bequem zu lesen. Der Kranke sieht z. B. 5—8—7—1 an der Öffnung vorüberziehen. Eine Arretierung bewirkt ein Einschnappen und dadurch ein jeweiliges kurzes Verweilen der Zahl in der Öffnung. Die Variation der Zahlenreihen wechselt je nach der Stelle, von wo aus die Scheibe zu rotieren beginnt und je nach der Umdrehungsrichtung, so daß der Variationen zu viele sind, als daß ein Erlernen beim Experimentieren eintreten könnte. Es schien mir nun im Gegensatz zu der erreichten Exaktheit ein Nachteil aufzutreten, und es wäre mir sehr erwünscht, in dieser Richtung die Ansicht des Herrn Vortr. kennen zu lernen. Experimentierten wir mit noch ungeübten oder geistig nicht sehr hochstehenden (ungebildeten) Personen, so waren die Resultate der Gedächtnisleistung bei diesem visuellen Auftreten der Zahlen zunächst immer erheblich schlechter als beim einfachen Zurufen in gleichem Tempo. Es lag mir nun, da ein so großer Unterschied zwischen dem Gedächtnis für visuelle und akustische Reize nach *Pohlmann* nicht existiert, die Erklärung nahe, daß die Übung bei dieser maschinellen Prüfung zunächst (am ersten Tage) geringer ist, als bei dem Zahlenvorsprechen, das bis zu einem gewissen Grade aus dem gewöhnlichen Leben bei jedermann ein gewohnter Vorgang ist.

Herr *Abraham* macht darauf aufmerksam, daß bei den Versuchspersonen vorhandene gefühlsbetonte Vorstellungen durch die Reizwörter getroffen werden können. Beim Assoziationsexperiment trat unter solchen Umständen eine Störung der Reaktion und der Reproduktion ein. Diese Fehlerquelle sei zu berücksichtigen. — Er fragt den Vortr. ferner, ob er außer dem Ausfall eines Teils der Reproduktionen auch Fehlerinnerungen beobachtet habe.

Herr *Hebold*: 1. Der Herr Vortr. hat selbst darauf hingewiesen, daß eine Reihe von Fehlern zu berücksichtigen sind. Das heißt wohl, daß bei der Verwertung der Ergebnisse eine Reihe von Umständen beachtet werden müssen. Da ist mir aufgefallen, daß der Gymnasiast recht gute Antworten gab, der die Merkfähigkeit mehr als andere übt. Daher frage ich, ob nicht der Beruf, die regelmäßige Tätigkeit ganz besonders in Rechnung zu stellen sind. Hat es sich ergeben, daß ein Kaufmann oder sonst jemand, der viel mit Zahlen zu tun hat, sichtlich auch befähigt war, bei der Prüfung an den Apparaten Zahlen zu merken?

2. Da wir von einem Kranken nicht wissen, wie seine in Frage stehende Fähigkeit in gesunden Tagen war, ist es wichtig, durch Untersuchung von Gesunden festzustellen, ob man ein mittleres Ergebnis bei dieser Untersuchung an Gesunden aufstellen kann. Es ist selbstverständlich, daß der Wert und Nutzen vergleichender Untersuchungen in verschiedenen Zeiten bei denselben Kranken unbestreitbar ist, und daß dieselben uns wesentlich fördern werden.

Herr *Ziehen* betont, daß ein Vergleich mit anderen Kranken allerdings infolge der ungleichen Vorbildung leicht zu Fehlern führt, daß aber ein solcher Vergleich auch gar nicht das wesentliche ist. Es handelt sich

vielmehr um einen Vergleich der Leistungen desselben Kranken zu verschiedenen Zeiten, bei heilbaren Kranken während der Krankheit und nach der Genesung, bei unheilbaren Kranken während der früheren und während der späteren Stadien (Differentialmethode).

Herr *Seiffer* (Schlußwort): Die Reize wurden als einheitliche Zahlen gegeben und reproduziert. Dabei wurde die Erfahrung gemacht, daß die Geisteskranken im allgemeinen sich zu den Versuchen mit dem *Wirth-Ach*schen Apparat gut fixieren ließen, natürlich abgesehen von schwer verwirrten u. dergl. Patienten. Mit dem *Müller*schen Gedächtnisapparat habe ich an Geisteskranken noch keine so umfangreichen Studien gemacht, um darüber jetzt schon berichten zu können.

Auf die Bemerkungen des Herrn *Abraham* kann ich erwidern, daß bei genauer Analyse der Protokolle sich zuweilen feststellen ließ, daß durch die Reizworte anscheinend gefühlsbetonte Vorstellungen des betreffenden Kranken getroffen worden waren. Auch wurden außer dem Ausfall von Reproduktionen gar nicht selten, ja sogar oft Fehlerinnerungen beobachtet, deren Untersuchung bei den verschiedenen Formen der Geistesstörung nebenher ein ganz besonderes Interesse bietet.

Auf die Frage des Herrn *Bratz* ist zu berichten, daß bei meinen Versuchen aus dem Mangel einer Übung des Patienten bei den ersten Experimenten kein besonderer Nachteil erwachsen war; selbst ganz ungebildete Kranke wußten alsbald nach kurzer, stets einförmig vorausgeschickter Erklärung, worauf es ankam, so daß die Brauchbarkeit des Versuchs nach dieser Richtung in keiner Weise litt. Ich bemerke aber, daß es sich bei meinen Versuchen um sehr einfache Reize handelte.

Die Bedeutung der Fehlerquellen darf natürlich nicht unterschätzt werden. Es ist selbstverständlich und ganz evident, daß Zahlengeübte am Apparat weit bessere Resultate liefern als solche, deren Merkfähigkeit im allgemeinen und für Zahlen insbesondere durch ihren Beruf nicht vorgebildet ist. Eine mittlere Leistung bei Gesunden läßt sich wohl aufstellen, aber zum Vergleich mit derjenigen von Kranken nur heranziehen, wenn weite Grenzen genommen und alle in Betracht kommenden individuellen Faktoren berücksichtigt werden. Im übrigen stimme ich den Ausführungen der Herren *Hebold* und *Ziehen* vollkommen bei.

Herr *Frenkel*-Heiden: Die Methode der Komplementablenkung im Dienste der Neurologie und Psychiatrie.

Wie Ihnen bekannt ist, steht die sogenannte *Wassermann*sche Reaktion augenblicklich in dem Mittelpunkt des ärztlichen Interesses. Eine Anzahl von Sitzungen der Berliner Medizinischen Gesellschaft sind diesem Gegenstande gewidmet gewesen. Die Reaktion macht den Anspruch, in den Körperflüssigkeiten von Menschen, welche an Lues leiden

oder an derselben gelitten haben, Stoffe nachzuweisen, welche für diese Erkrankung charakteristisch sind. Es sollen mit Hilfe dieser Methode im Blutserum und in der Zerebrospinalflüssigkeit spezifische Körper nachweisbar sein.

Selbstverständlich steht und fällt die Methode mit der Spezifizität der Reaktion. Wenn sich die Richtigkeit und Zuverlässigkeit des Verfahrens bewährt — und es hat den Anschein, als ob dies in der Tat der Fall ist — dann hat die Neurologie und Psychiatrie ein ganz besonderes Interesse an derselben, ja man kann sagen, ein beträchtlicheres Interesse als die Syphilidologie und die innere Klinik. Denn in der Mehrzahl der Fälle von Erkrankungen des Nervensystems sind somatische Zeichen einer bestehenden oder abgelaufenen Lues nicht vorhanden, und die anamnestischen Angaben lassen vielfach im Stich. Es braucht nur auf die Wichtigkeit der Differenzialdiagnose zwischen einer luischen Neubildung im Rückenmark und Gehirn und einer andersartigen hingewiesen zu werden, um die Wichtigkeit der neuen Methode für die Nerven- und psychiatrische Klinik ohne weiteres einzusehen.

Wir haben daher, nachdem die Zuverlässigkeit der Methodik einigermaßen feststand, eine systematische Prüfung derselben an dem Material der Nerven- und psychiatrischen Klinik der Königlichen Charité vorgenommen.

Bevor ich aber auf das Wesen der Komplementablenkung und auf die mit Hilfe derselben an unserem Material gewonnenen Erfahrungen eingehe, möchte ich Sie bitten, mir auf ein Gebiet zu folgen, welches bisher von der Domäne der Erkrankungen des Nervensystems weit abgelegen war, nämlich auf das Gebiet der Immunitätslehre, welche auch nach anderer Richtung, wie ich nicht zweifle, bald in nächste Beziehung zu der Neurologie und Psychiatrie kommen wird.

Werden in den Organismus eines Menschen oder eines Tieres Stoffe eingeführt, welche nicht zu den Bestandteilen des betreffenden Organismus gehören, so reagiert derselbe mit der Bildung von Körpern, welche mit dem eingeführten in spezifischer Weise reagieren. Führt man beispielsweise die Stoffwechselprodukte des Tetanus- oder des Diphtheriebazillus einem Tier intravenös oder intraperitoneal oder subkutan zu, so entstehen nach einiger Zeit in dem, wie man sich ausdrückt, immunisierten Tier Stoffe, welche imstande sind, die Giftigkeit der eingeführten Substanzen aufzuheben. Diese Körper nennt man Antitoxine. Bringt man, um ein anderes Beispiel anzuführen, Bakterien, z. B. den Choleravibrio, in den Körper eines Kaninchens, so erhält die Peritonealflüssigkeit dieses Tieres nach einiger Zeit die Fähigkeit, Cholerabakterien aufzulösen, ein Vorgang, den man direkt unter dem Mikroskop verfolgen kann.

Diejenigen Substanzen, welche, in einen fremden Körper eingeführt, zur Bildung anderer mit ihnen reagierender Stoffe Veranlassung geben,

bezeichnet man allgemein als Antigene und die durch die Antigene entstehenden Substanzen als Antikörper oder Immunkörper.

Wird — um in der Reihe der Beispiele fortzufahren — Pferdeserum einem Kaninchen unter die Haut gespritzt, so bewirkt dieses Antigen nach einiger Zeit die Bildung eines Antikörpers, welchen man als Präzipitin bezeichnet. Wird ein Ferment, z. B. Labferment, als Antigen benutzt, so ist der entstehende Antikörper ein Antiferment usw.

Ein besonderes Interesse für unsere Frage hat der Vorgang der Antikörperbildung bei der Benutzung von roten Blutkörperchen eines fremden Tieres als Antigen. Den entstehenden Antikörper nennt man ein Hämolysin. Die Wirkung der Antikörper ergibt sich meist schon aus der Benennung. Das Tetanus-Antitoxin hebt die Wirkung des Tetanusgiftes auf. Das Lab-Antiferment verhindert die Gerinnung der mit Lab versetzten Milch. Das Präzipitin fällt das als Antigen benutzte Serum aus. Das Hämolysin löst die als Antigen benutzten roten Blutkörperchen auf usw.

Die wichtigste Eigenschaft der Antikörper ist ihre Spezifizität. Darauf beruht die bekannte, in der gerichtlichen Medizin angewandte Identifizierung von Blutflecken mit Hilfe der Präzipitation, die Identifizierung von Typhus, Dysenterie mit Hilfe der Agglutination usw.

Aus dem Gesagten geht hervor, daß ein vorhandenes Antigen zur Auffindung seines Antikörpers benutzt werden kann, und umgekehrt. Als ein klassisches Beispiel dafür sei das Verfahren zur Diagnose des Typhus angeführt. Soll entschieden werden, ob ein Mensch eine Infektion mit Typhusbazillen durchgemacht hat, so vermengt man das Blutserum des Betreffenden, d. h. die Flüssigkeit, in welcher man den Typhusantikörper vermutet, mit einer Aufschwemmung von Typhusbazillen. Tritt eine Agglutination ein, so ist mit Hilfe des Antigens (des Typhusbazillus) die Existenz des Antikörpers festgestellt. Liegt die Aufgabe umgekehrt: soll eine Bazillenkultur als Typhus identifiziert werden, so benutzt man das Serum eines Typhuskranken zu derselben Reaktion. Auf diese Weise wird also eventuell das Antigen (der Typhusbazillus) mit Hilfe des Antikörpers gefunden. Die Reaktionen, welche beim Zusammentreffen von Antigen und dem dazugehörigen Antikörper in vitro sich abspielen, haben in der letzten Zeit ein besonderes Interesse erregt, weil sie bei einer Reihe von Stoffen die Bildung von Antikörpern erwiesen, welche auf andere Weise nicht festzustellen sind. Dieser Vorgang, welcher von *Bordet* entdeckt, von *Gengou* und *Moreschi* studiert worden ist, beruht in der Tatsache der sogenannten Komplementbindung oder Fixation. — Zum Verständnis dieses Vorganges müssen wir noch etwas genauer auf die Bildung der Hämolysine eingehen. Ich zeige Ihnen in diesem Glase das durch Defibrinieren und Zentrifugieren gewonnene klare Blutserum eines Kaninchens, welches zweimal in Intervallen von je 8 Tagen mit roten Hammelblutkörperchen intravenös und intraperitoneal behandelt worden

ist. Dieses Blutserum enthält ein äußerst wirksames Hämolysin gegen Hammelblutkörperchen.

Denn schon $^1/_{4000}$ cbcm des das Hämolysin enthaltende Blutserum löst 1 cbcm einer fünfprozentigen Aufschwemmung von Hammelblutkörperchen auf, und zwar in einer halben Stunde im Brutschrank bei einer Temperatur von 37 Grad. Nehmen Sie aber die drei- oder fünffache Dosis, so sehen Sie die Hämolyse augenblicklich eintreten, während gewöhnliches Kaninchenserum die gleiche Menge Blut unbeeinflußt läßt.

Die obengenannten Forscher haben nun die wichtige Entdeckung gemacht bzw. studiert, daß diese, Ihnen eben demonstrierte, äußerst empfindliche Reaktion, nämlich die Auflösung von Blutkörperchen durch spezifisches Hämolysin ausbleibt, wenn zu dieser Mischung ein Antigen und sein zugehöriger Antikörper zugesetzt werden.

Nehmen Sie also an, es hätte sich in dem Gläschen Serum und das dazugehörige präzipitierende Serum befunden, so wäre die Hämolyse ausgeblieben.

Sie erkennen sofort die Wichtigkeit dieser Tatsache, die sich als eine neue Methode darstellt zur Entdeckung von Antigen und Antikörpern, für welche anderweitige Reaktionen nicht bekannt sind. Nehmen Sie z. B. an, Sie wollten Antikörper in dem Blutserum eines an Lungentuberkulose erkrankten Menschen suchen, so würde das Ausbleiben der Hämolyse beim Zusammenbringen von tuberkulösem Material mit dem verdächtigen Blutserum die Existenz eines Antikörpers gegen Tuberkulose in dem verdächtigen Blutserum beweisen. Da diese Reaktion spezifisch ist, so darf man umgekehrt, wenn Hämolyse unter den oben besprochenen Umständen eintritt, schließen, daß sich keine Antikörper in dem Serum befinden.

Indessen darf dieser Versuch nicht ganz in der angegebenen Weise angestellt werden, da er Fehlerquellen enthält, welche mit der komplizierten Natur derjenigen Stoffe zusammenhängen, welche wir Hämolysine nennen.

Die blutlösende Fähigkeit des Serums beruht nämlich auf der Existenz nicht eines Körpers, sondern zweier Körper in demselben. Der eine wird zerstört, wenn man das Serum ½ Stunde lang einer Temperatur von 56° aussetzt. Der andere Körper ist gegenüber dieser Temperatur stabil. Da nun die blutlösende Eigenschaft des Serums auf dem Zusammenwirken dieser beiden Körper beruht, so wird ein Serum, das auf 56° ½ Stunde lang erwärmt worden ist, nicht mehr hämolytisch wirken.

Diesen Ausfall, welcher durch Zerstörung des thermolabilen Körpers entsteht, kann man ersetzen durch irgendein beliebiges Serum. Man nimmt gewöhnlich das Serum von Meerschweinchenblut, weil dasselbe reich an diesem Körper ist. Daraus folgt, daß das auf 56° erwärmte spezifische Serum wieder blutlösend wirkt, wenn man Meerschweinchenserum hinzusetzt. Diesen Zusatz nennt man das Komplement.

Aus dem Gesagten ergibt sich schon, daß die interessante Eigenschaft der spezifischen Blutlösung nicht auf dem thermolabilen Körper in dem Serum beruhen kann, da dieser durch ein beliebiges anderes Serum ersetzt werden darf, sondern auf dem thermostabilen Körper, den man mit dem Namen Ambozeptor bezeichnet.

Die Hämolyse beruht, wie schon gesagt wurde, auf dem Zusammenwirken zweier Körper, die wir jetzt unter dem Namen Ambozeptor und Komplement kennen gelernt haben, und es wird bei einem Versuch, in dem trotz Vorhandenseins von Ambozeptor, Komplement und der betreffenden Blutart die Hämolyse nicht eintritt, sich die Frage aufdrängen, ob dieses negative Ergebnis auf der Unwirksamkeit des Ambozeptors oder des Komplements beruht.

Wie diese Entscheidung herbeigeführt werden kann, wollen wir hier unerörtert lassen und nur die Tatsache feststellen, daß die beim Zusammentreffen von Antigen und Antikörper ausbleibende Hämolyse auf einem durch dieses Zusammentreffen bedingten Unwirksamwerden des Komplements beruht.

Das Komplement wird durch Antigen und Antikörper von seiner Tätigkeit abgelenkt, man bezeichnet daher dieses Phänomen als Komplementablenkung.

Diese seit längerer Zeit bekannte Tatsache, daß beim Vorhandensein von Antigen und Antikörpern die Hämolyse durch Komplementablenkung ausbleibt, versuchte *Wassermann* für das Aufsuchen von Luesantikörpern im Blutserum von Menschen zu verwerten. Er benutzte als Antigen den kochsalzhaltigen wässerigen Auszug von Lebern luischer Föten und fand, daß beim Zusammenbringen dieses Extraktes mit dem Blutserum von Menschen, welche an Lues leiden, die Hämolyse ausbleibt. Somit schien der Nachweis von Lues-Antikörpern im Blutserum und auch in der Lumbalflüssigkeit gelungen, sowohl bei Menschen mit florider Lues, als bei solchen, welche an metaluischen Nervenkrankheiten, der Tabes und der Paralyse, leiden.

Daß sich an diese hochwichtige Entdeckung bedeutsame Ausblicke auf die theoretischen und praktischen Fragen der Luesinfektion und Luestherapie knüpften, ist natürlich.

Da trat etwas gänzlich Unerwartetes ein. *Levaditi*, *Kraus* u. a. wiesen nämlich nach, daß das Blutserum von Lueskranken auch bei Mischung mit Extrakten normaler Lebern in derselben Weise komplementbindend wirkt. Später wurde noch eine ganze Reihe von Organextrakten und chemischen Körpern bekannt, mit denen das Blutserum Luischer in gleicher Weise reagiert. Die Annahme, daß durch diese Methode Antikörper der Luesinfektion entdeckt worden sind, mußte somit fallen gelassen werden, und man muß zugestehen, daß die ganze *Wassermann*sche Reaktion dadurch in hohem Maße verdächtig wurde und zur strengsten Kritik herausforderte. Denn wenn die reagierenden

Körper keine spezifischen Antikörper sind, so war die Annahme durchaus wahrscheinlich, daß sie für Lues nicht charakteristisch sind und auch bei anderen Zuständen aufgefunden werden können. Es hat sich aber diese Annahme bis jetzt nicht bestätigt (abgesehen von Dourine und Scharlach), und augenblicklich scheint es festzustehen, daß die Reaktion nur eintritt, wenn es sich um lueskranke Menschen handelt.

Durch diese Tatsache ist bis auf weiteres die praktische Brauchbarkeit der *Wassermann*schen Reaktion gesichert. Theoretisch aber stehen wir vor einem interessanten und neuen Problem, an dessen Lösung augenblicklich sicherlich an Hunderten von Stellen gearbeitet wird.

Es ist vorauszusehen, daß für die nächste Zeit die sero-diagnostische Untersuchung luesverdächtiger Fälle eine sehr weite Verbreitung finden wird. Es wird dabei die Verantwortlichkeit des Untersuchers eine große werden. Nicht allein wegen der sich daraus ergebenden Diagnose, sondern auch, weil man nicht geneigt sein wird, den vielleicht in keinem Zusammenhang mit der vorliegenden Erkrankung stehenden positiven Befund als einen nebensächlichen anzusehen und sich, unbeeinflußt von demselben, von klinischen Symptomen allein zur Diagnose führen zu lassen. Es muß deswegen besonders nachdrücklich hervorgehoben werden, daß die Technik eine schwierige und reichlich mit Fehlerquellen versehene ist, so daß diese verantwortungsvolle Untersuchung nur auf Grund einer genauen Kenntnis der in Betracht kommenden Methoden der Immunitätslehre vorgenommen werden darf.

Wenn Sie bedenken, daß in jedem Reagenzglase fünf Körper zu mischen sind, in variierter Quantität, von denen jeder eine irreleitende Fehlerquelle werden kann, so werden Sie das Gesagte einräumen.

Diese fünf Körper sind:

1. das luische Extrakt,
2. das zu untersuchende Serum (bzw. Lumbalflüssigkeit),
3. Komplement,
4. Ambozeptor und
5. rote Blutkörperchen.

Dank der Einrichtung gut ausgestatteter Laboratorien für chemische und serologische (bakteriologische) Untersuchungen in der Nerven- und psychiatrischen Klinik der Königlichen Charité, welche seit Anfang dieses Jahres funktionieren, konnte die Frage der Brauchbarkeit der *Wassermann*schen Reaktion für die Diagnostik der Nerven- und psychiatrischen Erkrankungen an dem Material der Klinik geprüft werden.

Die Zahl der untersuchten Fälle ist bisher keine große, sie beträgt 50. Da es vor allem darauf ankam, die Spezifizität der Reaktion zu erweisen, so wurden auch funktionelle unverdächtige Fälle untersucht.

Unter 14 Fällen von progressiver Paralyse fiel elfmal die Reaktion positiv aus. Von drei Tabesfällen waren zwei negativ, einer positiv. Unter 7 Fällen von Lues cerebri gaben 2 positiven, 5 negativen Ausfall der Reak-

tion. 2 Tumoren des Gehirns, 2 Fälle von multipler Sklerose, ein Fall von Syringomyelie waren negativ.

Von erheblicher Wichtigkeit ist es, daß unter drei Kindern mit der klinischen Diagnose der hereditären Lues zwei positive Reaktion gaben. 14 Fälle funktioneller Nervenkrankheiten, darunter 4 Fälle von Epilepsie, waren negativ. Bei einem 11 jährigen Kinde mit der Diagnose Hydrokephalus und bei einer Frau mit der Diagnose Hysterie wurde positiver Ausfall der Reaktion gefunden. Ein Verdacht auf Lues bestand in diesen beiden Fällen nicht, was die Existenz derselben natürlich nicht ausschließt.

Der mit dem luischen Extrakt reagierende Körper findet sich auch in der Lumbalflüssigkeit. Wie es scheint, sowohl in der zentrifugierten, als in der nicht zentrifugierten. Doch ist diese Frage noch nicht mit absoluter Sicherheit entschieden.

Von Interesse ist ferner die Frage, ob die Lymphocytose in irgendeiner direkten Beziehung zu der in Frage stehenden Reaktion steht, was weiteren Untersuchungen vorbehalten wird. Erwähnenswert scheinen in dieser Hinsicht 2 Fälle. In dem einen bestand Verdacht auf Paralyse ohne objektive Symptome, das Serum und die Lumbalflüssigkeit gaben positive Reaktion, und es fand sich Lymphocytose in der Lumbalflüssigkeit. In der zweiten wurde Lues cerebri als sicher angenommen, Serum und Zerebrospinalflüssigkeit reagierten negativ. Lymphocytose war nicht vorhanden.

Diskussion. — Herr *Edel*: Wie ich schon gelegentlich der kürzlich stattgehabten Diskussion in der Berliner Medizinischen Gesellschaft bemerkt habe, sind aus unserer Anstalt eine Reihe von Patienten nach dem Komplementbindungsverfahren untersucht worden. Diese Untersuchungen sind von Herrn *Fritz Lesser* im Laboratorium des Herrn *Leonor Michaelis* unter allen Kautelen vorgenommen worden und können Anspruch auf Exaktheit machen. Auch bei uns war das Resultat bei den Paralysen zumeist ein positives. Unter 22 Paralytikern zeigten 21 eine positive Reaktion; nur einer eine negative; es war ein Patient, der sich durch Entlassung der Nachprüfung entzog. Ein weiterer Fall, welcher anfänglich als Paralyse angesehen wurde und negativ reagierte, stellte sich im weiteren Verlauf als arteriosklerotische Demenz heraus. Bemerkenswert erschien ein Fall von Taboparalyse bei einem jungen Mädchen, welches ebenso wie die tabische Mutter positiv reagierte, während die gesunde jüngere Tochter negativ reagierte. Wir haben im ganzen die Resultate der Blutuntersuchung von 38 Fällen. Abgesehen von den erwähnten Fällen haben alle Kranken, welche manifeste Zeichen von Syphilis darboten oder eine Syphilisanamnese aufwiesen, positiv reagiert, nur ein Paranoiker mit tertiärer Lues reagierte negativ. Die übrigen Fälle mit funktionellen Psychosen hatten ein negatives Resultat. Mit Bezug auf die von Herrn *Frenkel* angeführten Fälle von Hysterie und Hydrokephalos, welche positiv reagierten, obwohl keine Erscheinungen auf Syphilis hinwiesen, erwähne ich noch einen Alkoholdeliranten, dessen Serum

positiv reagierte, während Anamnese nnd Befund nichts von Syphilis ergaben.

Herr *Bischoff* fragt nach der Aussicht auf Ersatz des Extrakts.

Herr *Schuster*: Ich bitte den Herrn Vortr., sich noch darüber äußern zu wollen, ob er bei seinen Untersuchungen einen Unterschied in dem Verhalten derjenigen serologisch untersuchten Patienten gefunden hat, deren Syphilis gar nicht oder gering behandelt worden war, gegenüber dem Verhalten derjenigen Kranken, deren Lues sehr intensiv behandelt worden war. Gelegentlich der Vorbereitung für einen in Dresden auf der Versammlung deutscher Nervenärzte im vorigen Jahr von mir gehaltenen Vortrag über den Einfluß der Hg-Behandlung der Lues auf das Zustandekommen späterer nervöser Nachkrankheiten war ich der Erörterung der oben angeregten Frage schon näher getreten. Die Herren Dr. *Citron* und Dr. *Mühsam* hatten damals die Freundlichkeit, eine kleine Anzahl (15)[1]) Tabiker, Paralytiker und Zerebrospinalluiker serologisch zu untersuchen. Wenn ich die genannten Fälle hinsichtlich der Behandlung ihrer früheren Lues ordne, so finde ich, daß auf der einen Seite gut mit Hg vorbehandelte Fälle noch einen deutlich positiven Ausfall der Reaktion gaben, und umgekehrt ganz unbehandelt gebliebene Fälle einen negativen Ausfall der Reaktion zeigten. Ich konnte mithin, übrigens im Gegensatz zu der Auffassung des Herrn Dr. *Citron*, leider nicht zu der Überzeugung kommen, daß eine frühere intensive Behandlung der Lues einen n e g a t i v e n Ausfall der Reaktion bei den T a b i k e r n usw. erzeugt. Ich darf wohl an dieser Stelle nochmals hinzufügen, daß das Resultat meiner wenigen serologischen Untersuchungen mich nicht zu dem von mir in dem eben genannten Vortrag ausgesprochenen Schlusse geführt hat, daß die Hg-Behandlung der Lues nicht vor Tabes und Paralyse schütze. Zu diesem Schluß war ich auf Grund anderer Betrachtungen gekommen, und ich hatte die Resultate meiner serologischen Untersuchungen nur zur Beleuchtung der Theorien über die Pathogenese der metasyphilitischen Leiden mitgeteilt.

Herr *Frenkel*-Heiden (Schlußwort): Auf die Frage des Herrn *Schuster*, ob diejenigen Patienten, welche gar nicht oder in unzureichendem Maße antiluisch behandelt worden sind, serologisch anders reagieren, als solche mit ausgiebiger Behandlung, möchte ich erwidern, daß ich einen solchen Unterschied nicht gefunden habe. Eine Entscheidung dieser Frage ist noch eher aus der Privatpraxis zu erwarten, da heutzutage die meisten Tabeskranken intensiv antiluisch behandelt werden. Darin, daß die intensivste Hg-Behandlung vor dem Ausbruch der Tabes nicht schützt, bin ich mit Herrn *S.* einer Meinung. Ich kenne eine ganze Reihe von Fällen, welche seit der Infektion ununterbrochen unter *Fourniers* Be-

[1]) Einer der in meinem Dresdener Vortrag angegebenen 16 Fälle hat sich nachträglich als nicht-tabisch erwiesen.

handlung gestanden haben und doch dem Ausbruch der Tabes — in zwei Fällen der schwersten Form der Tabes — nicht entgangen sind.

Was die Frage des Herrn *Bischoff* nach der Aussicht auf Ersatz des luischen Extrakts betrifft, so ist das allerdings eine sehr wichtige Frage, angesichts der großen Schwierigkeit, mit der man jetzt schon mit der Beschaffung des nötigen Materials zu kämpfen hat. Ich bin mit *Wassermann* der Meinung, daß vorläufig luisches Extrakt allein sichere Resultate gibt. Die nächste Zeit wird sicherlich auch in der Ersatzfrage des Extraktes Aufklärung bringen. Ich erinnere daran, daß in der letzten Sitzung der Medizinischen Gesellschaft eine Mitteilung aus dem *Ehrlich*schen Institut verlesen wurde, wonach ein Ersatz in einer Seife, dem oleinsauren Natron, gefunden worden ist.

Herr *Forster*: Krankendemonstration. Vortr. stellt eine Patientin vor, die an einer fast isolierten Schreibstörung leidet. Es handelt sich um einen Fall von Tumor cerebri. Die ersten Erscheinungen traten ungefähr vor einem Jahre auf. Patientin klagte über Ohrenschmerzen, die jedoch vom Arzt auf verdicktes Ohrenschmalz zurückgeführt wurden; etwas später traten Kopfschmerzen auf. Etwa vor 2 Monaten klagte Patientin darüber, daß der rechte Arm und das rechte Bein schwerer wurden, auch litt sie an Stechen unter den Fußsohlen beim Gehen; zu gleicher Zeit nahm die Sehschärfe ab. Am meisten behinderte Patientin jedoch folgende Erscheinung: Während sie früher sehr gut hatte rechnen und schreiben können, gelang ihr dies nun nicht mehr. Patientin hatte eine Posthalterei geführt und dabei sehr viele Schriftsachen zu erledigen gehabt; dies ging immer schlechter, so daß sie ihren Beruf ganz aufgeben mußte. Bei der Aufnahme in die Klinik fand sich beiderseitige Stauungspapille, die links schon in Atrophie übergegangen war; daneben bestand leichte rechtsseitige Fazialisparese, ganz leichte Lähmung vom rechten Arm und rechten Bein mit etwas Steigerung der Sehnenreflexe an der befallenen Seite, aber ohne Babinski. Sonstige körperliche Störungen waren nicht nachweisbar. Die genaue Gehörprüfung (*Galton*-Stimmgabel) ergab keinerlei Defekt. Der aphasische Status ergab folgendes: Nachsprechen intakt, Sprachverständnis intakt, Lesen intakt, nur bei längeren Sätzen geringe Störung. Beim spontanen Sprechen hier und da Stocken und Zögern, Zeichnen intakt, Wortfindung bei gezeigten und getasteten Gegenständen intakt. Beim Schreiben malte Patientin ganz langsam die einzelnen Buchstaben, die meistens ganz unleserlich waren; Worte kann sie nach Diktat oder spontan überhaupt nicht leserlich zusammenkriegen, höchstens erkennt man einmal den ersten oder zweiten Buchstaben; dabei vermag sie einfache Wörter richtig zu buchstabieren und die Silbenzahl der Worte richtig anzugeben. Auch das Zusammenstellen von Worten und Buchstaben gelingt gelegentlich, jedoch werden hier auch Fehler gemacht. Bei der Apraxieprüfung ergibt sich eine mäßige Störung, so dreht Patientin die Kaffeemühle links statt rechts herum und macht beim

militärischen Gruß eine leichte Verbeugung, indem sie den Zeigefinger an die Stirn legt. Die Deutung des Falles eignet sich nicht zu einer Wiedergabe im Referat. *Gock.*

---

43. Versammlung des Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens am 2. Mai 1908 in Hannover.

Anwesend waren: *Alber*-Woltorf, *Bartsch*-Lüneburg, *Behr*-Langenhagen, *Bockhorn*-Uchtspringe, *Borchers*-Hildesheim, *Bornstein*-Göttingen, *Bräuner*-Göttingen, *Bruns*-Hannover, *Bunnemann*-Ballenstedt, *Cramer*-Göttingen, *Deetjen*-Wilhelmshöhe, *Dieckmann*-Vollmerdingsen, *Dierksen*-Münster, *Facklam* - Suderode, *Gellhorn* - Goslar, *Gerlach* - Hildesheim, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gerstenberg*-Lüneburg, *Grahl*-Hedemünden, *Heine*-Hannover, *Hesse*-Ilten, *Hirsch*-Göttingen, *Jach*-Uchtspringe, *Klaus*-Schierke, *Koch*-Rinteln, *Lütgerath*-Ilten, *Matthes*-Blankenburg, *Mönckemöller*-Hildesheim, *Reckmann*-Oeynhausen, *Reinelt*-Göttingen, *Reinhold* Hannover, *Rinne*-Langenhagen, *Scheerenberg*-Warstein, *Schmidt*-Marsberg, *Schmidt*-Wunstorf, *Schneider*-Osnabrück, *Schwienhorst*-Warstein, *Stüber*-Hildesheim, *Vix*-Göttingen, *Völker*-Langenhagen, *Vorberg*-Hannover, *Wendenburg*-Lüneburg, *Westphal*-Hannover, *Winter*-Aplerbeck, *Zimmermann*-Hannover.

Zum Vorsitzenden wird gewählt: *Gerstenberg*-Hildesheim, zum Schriftführer *Gerlach*-Hildesheim. Beginn 2 Uhr.

Vor Eintritt in die Tagesordnung widmet der Vorsitzende dem verstorbenen Mitgliede *Tanzen*-Langenhagen einen Nachruf. Die Anwesenden ehren das Andenken durch Erheben von den Plätzen.

Ferner erinnert *Bruns*-Hannover daran, daß den Vortragenden bei vorheriger Anmeldung der Projektionsapparat für Epidiaskopie, mikroskopische Präparate usw. zur Verfügung steht.

Bruns-Hannover: Neuropathologische Demonstrationen.

Vortr. stellt zuerst einen 16jährigen Knaben vor, bei dem er die Diagnose eines rechtsseitigen Kleinhirntumors gestellt hat. Es besteht seit Monaten cerebellar-ataktischer Gang; Nystagmus in starker Weise beim Blicke nach rechts, aber sehr deutlich auch nach links; starkes Ohrensausen rechts ohne irgendwie deutliche Herabsetzung des Gehörs; keine Areflexie der Cornea; wechselnde leichte Ataxie im rechten Arme und Beine — manchmal Andeutungen von Adiadokokinesis; in der letzten Zeit Neigung zu Achillesklonus rechts, Kopfscheppern vor der Coronarnaht rechts und links; Stauungspapille im Rückgange mit Atrophie, aber nur sehr geringe Herabsetzung der Sehschärfe; ab und zu in den Morgenstunden Kopfschmerzen und Erbrechen.

Die Allgemeinerscheinungen sind in den letzten Wochen bei energischer Jodkalibehandlung — für Lues ist übrigens kein Anhaltspunkt — gering geworden. Kopfschmerzen und Erbrechen haben wochenlang ganz gefehlt, auch die Sehschärfe nimmt nicht weiter ab. Vielleicht Hydrocephalus oder Pseudotumor mit cerebellarem Typus.

Vortr. demonstriert an dem Knaben das Verhalten des Nystagmus bei Drehungen um die Längsachse, wie es *Cassirer* und *Loeser* im Neurolog. Zentralbl. 1908, S. 252, vor kurzem beschrieben haben — der Nystagmus nach rechts, der in der Ruhe der stärkere ist, hört eine Zeitlang auf nach Drehungen des Korpus nach rechts (in der Richtung eines in den Kopf hineingedrehten Korkziehers), während der nach links sehr stark wird; das umgekehrte findet sich bei Drehungen nach links (in der Richtung eines aus dem Kopfe herausgedrehten Korkziehers) — und erwähnt die Erklärungen der obengenannten Autoren für dieses Verhalten.

Dann demonstriert Vortr. die Präparate eines Falles, bei dem er die Diagnose eines rechtsseitigen (?) Kleinhirntuberkels gestellt hatte. Es handelte sich um einen 11jährigen Knaben, der vollkommen blind infolge postneuritischer Sehnervenatrophie Aufnahme fand. Es bestand ferner cerebellare Ataxie, erhebliches Kopfscheppern in der Gegend vor der Coronarnaht; doppelseitiger Fußklonus und Babinski; doppelseitiger Patellarklonus; aber beim Gehen Nachziehen nur des linken Beines; Zittern beider Hände, besonders deutlich aber der rechten. Leichte Sprachstörung. Die Seitendiagnose, die nur mit Vorbehalt gestellt war, gründete sich auf das rechtsseitige stärkere Zittern des Armes und das damit gekreuzte stärkere Hervortreten spastischer Symptome im linken Beine. Die Artdiagnose gründete sich auf das Vorhandensein von Hauttuberkulose und den Tod beider Eltern an Tuberkulose; auch war die rechte Lungenspitze verdächtig. Von einer Operation, auch einer palliativen Trepanation ward abgesehen, da der Knabe blind war und die Allgemeinsymptome sehr gering waren, wohl deshalb, weil der Kopf durch Sprengung der Nähte sich ausdehnte (innerhalb 3 Wochen um 1½ cm nach Messung). Tod an Meningitis.

Es fand sich in der rechten Kleinhirnhemisphäre ein dieselbe fast ganz einnehmendes Konglomerattuberkel; daneben aber auch eine große Anzahl bis kleinapfelgroße in beiden Hemisphären, z. B. in beiden Hinterhauptlappen. Das Kleinhirntuberkel saß ziemlich fest im Hirngewebe, das aber fast nur noch aus der Rinde bestand, und hatte an einer Stelle das Tentorium cerebelli erreicht; die Großhirntuberkel lagen frei in größeren Höhlen darin, die teilweise auch von zur Flüssigkeit erweichtem, eiterähnlichem Gewebe erfüllt waren.

Vortr. demonstriert auch noch das Schädeldach dieses Falles. Die Coronarnähte klaffen fast 1 cm weit, die Sagittalnaht zwischen beiden Scheitelbeinen einige Millimeter.

Drittens demonstriert Vortr. das Präparat eines Falles von Rückenmarkstumor. Es handelt sich um einen Fall sogenannter Sand-uhrgeschwulst, d. h. um einen teilweise extra-, teilweise intravertebral sitzenden Tumor; die beiden Hälften hängen nur durch ein schmales Verbindungsstück, das wahrscheinlich in einem Zwischenwirbelloche liegt, zusammen. Der größere Teil des intravertebralen Teiles sitzt in diesem Falle intradural, ein kleinerer extradural; Verbindung beider Teile wahrscheinlich wieder durch ein Nervenloch der Dura. Der intradurale Teil des Tumors sitzt links seitlich und vorn vor dem Marke in der Höhe der oberen Wurzeln des Plexus brachialis; er hat das Mark nach hinten und rechts gedrängt, komprimiert und abgeknickt. Die Wurzeln gehen stark gespannt über seine hintere Fläche.

Es handelte sich um ein $^3/_4$ Jahr altes Kind, das nur 8 Tage in der Anstalt war. Es bestand zuerst eine schlaffe Lähmung des ganzen linken Armes. Dabei zeigte sich aber, daß, während im Gebiete des Musculocutaneus, des Radialis und Ulnaris die faradische Reaktion fehlte, dieselbe im Gebiete des Axillaris und Radialis vorhanden war. Vortr. meinte deshalb, daß es sich um eine Plexuslähmung handeln müsse, fand aber zunächst keine Ursache für eine solche, wohl aber etwa am dritten Tage eine Geschwulst unterhalb der linken Clavicula. Einige Tage darauf war dieselbe auch oberhalb der Clavicula zu fühlen, so daß jetzt eine Plexuslähmung erklärlich war. Wieder einen Tag darauf konnte Vortr. spastische Symptome im linken Beine, dann auch im rechten konstatieren, nun wurde die Diagnose eines teils außerhalb, teils innerhalb (in der Gegend des mittleren Halsmarkes) der Wirbelsäule sitzenden Tumors gestellt. Tod plötzlich asphyktisch. Es fand sich ein gut apfelgroßer weicher Tumor, der teils unter, teils über der linken Clavicula saß und nach oben bis an den dritten Halswirbel, nach unten an die Pleura reichte. In demselben muß der Plexus brachialis liegen. Die Verhältnisse des Tumoranteils innerhalb der Wirbelsäule sind oben schon beschrieben. Der Tumor war ein kleinzelliges Lymphosarkom. Besonders auffällig ist das rapide Wachstum des Tumors im Verlaufe weniger Tage. Das Präparat wird noch eingehend untersucht werden.

Wendenburg-Lüneburg: Seltenere Zustandsbilder bei multipler Sklerose.

Vortr. berichtet über einige Fälle von multipler Sklerose, in denen die Kombination verschiedener Lokal- mit Allgemeinsymptomen die Diagnose auf ein anderes Leiden stellen ließ. Es traten, meist im ersten Beginn, akut einsetzende, bald vorübergehende Zustandsbilder hervor, deren Entstehung auf dem Boden der multiplen Sklerose aber durch jahrelange Beobachtung oder die Sektion erwiesen wurde. In drei Fällen bestanden die ersten Erscheinungen in Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen. Daneben bestanden Veränderungen an der Papilla nervi opt.

(Neuritis) und eine cerebellare Gangstörung ohne dynamische Ataxie. Außer diesen Erscheinungen wurde noch Intentionswackeln eines Armes und das *Bruns*sche Symptom (Schwindel bei passiver Bewegung des Kopfes) beobachtet. Alle Symptome deuteten auf raumbeschränkende Erkrankung in der hinteren Schädelgrube hin. Ein anderer, gleichfalls durch die Autopsie sicher gestellter Fall begann nach einem Gelenkrheumatismus mit den Erscheinungen der akuten spinalen Ataxie (ataktische Paraparese der Beine).

Außer diesen akut verlaufenden Zustandsbildern schildert der Vortr. noch den Verlauf der multiplen Sklerose bei einem Kranken, der an spinaler Hemiplegie und dissoziierter Empfindungslähmung (*Brown-Séquard*) litt, und einen anderen Fall, der nacheinander die Zustandsbilder des Cerebellartumors, der cerebralen Hemiplegie und der amyotrophischen Lateralsklerose bot. Eine andere Kranke zeigte eine Hemiplegie, Ophthalmoplegie und Bulbärerscheinungen. Die Sektion bestätigte die Diagnose: multiple Sklerose; die Bulbärerscheinungen beruhten aber auf Arteriosklerose der Basilaris und ihrer Äste, die zahlreiche Erweichungsherde in der Brücke und im verlängerten Marke hervorgerufen hatte. —

In der Diskussion weist *Bruns*-Hannover zunächst darauf hin, daß die multiple Sklerose die interessanteste organische Nervenerkrankung sei, weil sie am häufigsten vorkomme, häufiger als die Tabes dorsalis, wenigstens bei der ländlichen Bevölkerung. Daß die multiple Sklerose Erscheinungen des Hirntumors mache, sei allgemein anerkannt. Neben Entzündungen an der Papille käme auch wirkliche Stauungspapille vor, da bisweilen ein starker Hydrocephalus internus bestände. Aus diesem Befund sei auch das *Bruns*sche Symptom zu erklären. Was die Hirnsymptome anbetrifft, so hat *Bruns* alternierende Hemiplegie bei multipler Sklerose nicht beobachtet, überhaupt seien die bulbären Symptome hier weniger deutlich ausgeprägt. Hinweis auf die Schwierigkeit der Differentialdiagnose zwischen Tumor der Rückenmarkshäute und multipler Sklerose. Wichtig für die Diagnose der multiplen Sklerose seien plötzlich auftretende und in einigen (8—14) Tagen vorübergehende Paresen und Paraesthesien an den Extremitätenenden. Was die Sehnervenerkrankung anlangt, so ist typisch das Bild der retrobulbären Neuritis, wechselnd auf beiden Augen, Amblyopie bis fast Amaurose, auch in Fällen, wo die übrigen Symptome auf sich warten lassen. Es ist dies ein Beweis dafür, daß wir über die Prognose der vorliegenden Erkrankung wenig orientiert sind, daß es Fälle gibt, wo Stillstand und Heilung eintreten kann.

Cramer-Göttingen hebt hervor, daß das Fehlen der Bauchdeckenreflexe besonders wichtig sei für die Diagnose der multiplen Sklerose, und verlangt häufige Untersuchung, ehe man sicher ist, daß sie nicht da sind. Dadurch würde man sie bei Nervösen, bei denen man sie wiederholt vermißte, doch gelegentlich mal finden. Im Anschluß daran erwähnt *Cramer* einen beobachteten Fall mit langdauernden Remissionen, in dem alle schweren Symptome

Attacke.

Pförtner-Göttingen: Spastische Symptomenkomplexe bei Rückenmarkserkrankungen.

Vortr. teilt zunächst an der Hand des Materials der Göttinger Klinik für psychische und Nervenkrankheiten einige Beobachtungen bei spinalen Erkrankungen mit spastischem Symptomenkomplex mit.

Von den Fällen waren besonders erwähnenswert zunächst zwei Kranke, die während der bisherigen und zwar mehrjährigen Beobachtungszeit nur das Bild einer reinen spastischen Spinalparalyse boten. Ferner ein Fall von kombinierter Systemerkrankung, kompliziert mit Bulbärparalyse und spinaler Muskelatrophie. Ein Patient mit Syringomyelie zeigte längere Zeit außer Gefühlsstörungen der rechten Hand nichts weiter als spastische Erscheinungen an beiden unteren Extremitäten. Diese spastischen Erscheinungen blieben dann auch mehrere Jahre im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen. Unmittelbar nach einem Trauma entwickelte sich bei einem jungen Menschen der *Erb*sche Typus der Spinalparalyse. Die spätere Operation ergab im Gegensatz zu dem ganzen Verlauf der Krankheit und auch entgegen den Schlüssen, die aus dem lokalen Befunde und dem Röntgenbilde gezogen wurden, einen Tumor in der Gegend der vom Trauma getroffenen Stelle.

In der Diskussion hebt *Bruns* hervor, daß man in manchen Fällen, besonders cerebralen, wo man Babinski erwarte, das Symptom nicht fände. Wenn typischer Babinski da sei, so handle es sich um ein organisches Leiden mit Erkrankung der Pyramidenbahn.

Cramer weist darauf hin, daß man den Babinski simulieren kann; er hat ihn psychogen bei Großmutter, Mutter und Tochter beobachtet. So stehe man häufig vor Fällen, wo man sich fragen müsse, ob es sich um Babinski handle oder nicht. Das Symptom fehle häufiger bei organischen Hirnerkrankungen als bei Spinalerkrankungen.

Reinhold-Hannover hat auch nach epileptiformen Konvulsionen, die auf der Basis einer Urämie entstanden waren, Babinski gefunden.

Cramer-Göttingen: Über Zeugnisfähigkeit.

Nach der heutigen Strafprozeßordnung gilt niemand für unfähig, vor Gericht als Zeuge aufzutreten; so können auch Geisteskranke vernommen, ja vereidigt werden. Die Beantwortung der Frage, ob der Zeuge befähigt ist, Wahrnehmungen zu machen, zu behalten und wiederzugeben, steht allein im Ermessen des Richters. Bei jeder Zeugenaussage spielt

eine individuelle Komponente mit. Die Fähigkeit Zeugnis abzulegen, ist eine Gedächtnisleistung und besteht im wesentlichen aus drei Komponenten:

1. einen Vorgang aufzufassen,
2. ihn zu behalten,
3. ihn zu reproduzieren.

Es ist dies eine willkürliche Einteilung. Das Auffassungsvermögen, die Merkfähigkeit und das Reproduktionsvermögen sind bei dem einzelnen Individuum an sich schon sehr verschieden. Es kann aber noch jede einzelne Komponente durch äußere und individuelle Momente beeinflußt werden. So ist das Auffassungsvermögen stark herabgesetzt, wenn wir uns im Zustand geistiger Ermüdung befinden oder von einem Affekt beherrscht sind. Die intensive Beschäftigung mit irgendwelchen Gedankenkreisen oder die Unterhaltung in größerer Gesellschaft pflegt unser Auffassungsvermögen für Vorgänge in der Umgebung stark zu vermindern. Eine wie wichtige Rolle die augenblickliche Aufmerksamkeit spielt, ist vielfach experimentell durch *William Stern*, *v. Liszt* und andere, auch vom Referenten in der Göttinger forensisch-psychologischen Vereinigung nachgewiesen worden. Hat sich ein Zeuge im Moment des Vorfalls in einem mehr oder weniger trunkenen Zustande befunden, so können die entgegengesetztesten Wahrnehmungen und Aussagen zustandekommen. Die zweite Komponente, die Merkfähigkeit für einen Vorgang, hängt sehr von dem Eindruck ab, den derselbe auf den Beobachter gemacht hat. Der Provinziale z. B. wird in der Großstadt von dem Sturze eines Droschkenpferdes eingehend Notiz nehmen und sich noch lange an diese Begebenheit mit allen Einzelheiten erinnern, während der Großstädter achtlos daran vorüber eilt und den Vorfall in kurzer Zeit vergißt.

Die Aussagen vor Gericht sollen oft erst nach Jahren gemacht werden. Je länger der Zwischenraum, um so unsicherer die Angabe. Je mehr manche Individuen über den betreffenden Vorfall nachdenken, an desto mehr Details erinnern sie sich (Legendenbildung), ohne daß sie psychopathisch oder den Grenzzuständen zuzurechnen sind. Hinzu kommt die Faszination durch die Zeitung. Die wiederholten Revisionen, bei denen und nach denen die Zeugen miteinander sprechen, bewirken, daß sie immer bestimmter werden in ihren Aussagen. Auch der körperliche Zustand, in dem sich der Zeuge befindet (lange Reise vorher, Potus usw.), können schädigend auf die Reproduktion einwirken. Die Art der Fragestellung von seiten des Richters beeinflußt die Antwort ebenfalls, oder der Zeuge gibt in dem Bewußtsein der Wichtigkeit seiner Persönlichkeit als Mittelpunkt der Gerichtssitzung mehr an, als er verantworten kann. Die Zeugen werden in ihren Aussagen um so unsicherer, je häufiger sie vernommen werden.

Besonders treten alle diese Faktoren bei der Zeugenvernehmung von Kindern hervor. Ihre Aussagen — meist handelt es sich um sexuelle Dinge — sind charakterisiert durch lebhafte Phantasie, große Suggestibilität

gelernten Bibelspruch hergesagt werden, woraus der Einfluß der Eltern und Bekannten deutlich zutage tritt. Es ist zu wünschen, daß Kinder nur einmal vernommen werden und bei der Hauptverhandlung das stenographische Protokoll dieser Vernehmung zur Verlesung kommt.

Eine besondere Komplikation besteht da, wo die Zeugnisfähigkeit der Geisteskranken und der Grenzzustände beurteilt werden soll. Bei den Grenzzuständen handelt es sich häufig um

1. Hysterische mit mangelnder Reproduktionstreue,
2. Degenerierte mit ethischen Defekten,
3. Schwachsinnige mit ethischen Defekten und erhöhter Suggestibilität.

Das Resultat ist dann die falsche Anschuldigung. Bei den Grenzzuständen ist auch Neigung zu Bewußtseinsschwankungen besonders zu berücksichtigen, aus denen oft etwas als tatsächlich Erlebtes ins Bewußtsein mit hinübergenommen wird.

Es ist anzustreben, daß der Richter besonders mit den Eigentümlichkeiten der Aussage solcher Zeugen vertraut werde, um ihr Zeugnis richtig würdigen zu können.

Spielt beim Normalen schon Vieles in die Zeugenaussagen hinein, so ist dies in erhöhtem Maße bei den Grenzzuständen der Fall. Besonders anzustreben ist es daher für die lex ferenda, daß Zeugen, sofern ihr Geisteszustand irgendwie in Zweifel gezogen wird, der Begutachtung eines psychiatrischen Sachverständigen auf ihren Geisteszustand unterworfen werden können, zumal in komplizierten und schwierigen Fällen, wo es sich nur um einen einzigen Belastungszeugen handelt.

In der Diskussion bestätigt *Bruns* die Eindrücke des Vortragenden und betont nochmals, daß, wenn auch in jüngster Zeit in dieser Hinsicht eine Wendung zum Bessern zu verzeichnen sei, doch den Kinderaussagen vom Gerichtshof oft noch zu viel Gewicht beigelegt würde.

Zimmermann-Hannover führt einen Fall an, aus dem die Wichtigkeit des Affekts bei der Zeugenaussage hervorgeht.

Jach-Uchtspringe: Über Technik und Ergebnisse der Lumbalpunktion.

Vortr. gibt eine kurze Übersicht über die Resultate, welche die Untersuchung der Zerebrospinalflüssigkeit bei Geisteskrankheiten bisher gezeitigt hat, und teilt dann seine eigenen Untersuchungen an 164 Geisteskranken und Epileptikern mit.

Es wurde der Druck bestimmt, der Eiweißgehalt nach *Nissl* und die Zellzahl mit der Zählkammer nach *Fuchs-Rosenthal.*

Die Druckbestimmungen ergaben keine konstanten Verhältnisse.

Der Eiweißgehalt war erhöht bei:

82,5% der Paralytiker,
37,5% der Kranken mit Cerebrospinallues,
8,51% der Epileptiker,
9,68% der Idioten,
13,64% der einfachen Psychosen,
28,57% der chron. Alkoholisten.

Die Bestimmung der Zellzahl ergab:

bei	Paralyse	Werte	von	15 —161,3	in 1	mm^3
„	Lues cerebrospin.	„	„	17,4— 62,6	„ 1	„
„	traum. Demenz	„	„	2,5— 3,6	„ 1	„
„	Epilepsie mit Lähmungen	„	„	2,3— 7,2	„ 1	„
„	genuiner Epilepsie	„	„	1,3— 3,1	„ 1	„
„	Idiotie	„	„	2,4— 3,8	„ 1	„
„	Idiotie m. cong. Lues	„	„	11,6— 14,4	„ 1	„
„	Idiotie m. mongoloid. Typus	„	„	0,8— 2,9	„ 1	„
„	cong. Hydrocephalus	„	„	1,7— 4,2	„ 1	„
„	einfachen Psychosen	„	„	0,2— 3,5	„ 1	„
„	chron. Alkoholismus	„	„	2,8— 4,8	„ 1	„

Bei einem Paralytiker fanden sich bei der ersten Punktion unter 15 Zellen, nämlich 11,7; aber 3 Wochen später über 20 Zellen. Ein Kranker mit degen. Irresein ergab 34,6 und ein chron. Alkoholist 41,4 Zellen. Ersterer hatte sich vor 2³/₄ Jahren, letzterer sich vor etwa 6—7 Jahren luisch infiziert. Ein Katatoniker zeigte eine Vermehrung von 29,2 Zellen, ohne daß frühere luische Infektion nachzuweisen war.

Bornstein-Göttingen: Die Zusammensetzung des Blutes der Paralytiker.

Bei progressiver Paralyse fand sich in den anfallsfreien Zeiten eine mäßige Herabsetzung der Alkaleszenz des Blutes (von 370—450 mgr Na OH auf 270—330 mgr Na OH, die Bestimmungen geschahen nach der *Löwy*schen Methode, deren Genauigkeit nach einer besonderen Kontrolle bestimmt wurde). So bedeutend erniedrigte Werte, wie sie *Kaufmann* angibt, konnten nie beobachtet werden. Die Ursache ist nicht in der Bildung organischer Säuren zu suchen, auch nicht im Eiweißgehalt und in dem Verhältnis der verschiedenen Eiweißkörper; sie steht wahrscheinlich im Zusammenhange mit der *Wassermann*schen Sero-Reaktion auf Syphilis.

Der Lezithingehalt des Serums ist höher als normal; auch diese Tatsache könnte mit der Syphilis-Reaktion im Zusammenhange stehen.

Gerlach.

Bericht über die 91. Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte im Hörsaale der Kgl. Psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau am 14. Dezember 1907.

Anwesend die Herren *Bonhoeffer*-Breslau, *Boege*-Owinsk, *Buttenberg*-Freiburg, *Chotzen*-Breslau, *Dresen*-Lüben, *Eicke*-Pöpelwitz, *Elias*-Rybnik, *O. Foerster*-Breslau, *Freund*-Breslau, *de Grain*-Brieg, *Grau*-Lüben, *Hahn*-Breslau, *Hayn*-Beuthen, *Heilemann*-Bunzlau, *Jirzik*-Ziegenhals a. G., *Kahlbaum*-Görlitz, *Klieneberger*-Breslau, *Klinke*-Lublinitz, *Koebisch*-Breslau, *Koniezny*-Rybnik, *Kramer*-Breslau, *Kunze*-Rybnik, *Kutner*-Breslau, *Loewenstein*-Obernigk, *Mann*-Breslau, *Muller*-Amsterdam a. G., *Neisser*-Bunzlau, *Noethe*-Breslau a. G., *Przewodnik*-Leubus, *v. Rottkar*-Rybnik, *H. Sachs*-, *Schröder*-Breslau, *Schubert*-Kreuzburg, *v. Schuckmann*-Lüben, *Steinberg*-Breslau a. G., *Stertz*-, *Vix*-Breslau, *Walter*-Lissa, *Weichert*, Med. Pr. a. G., *Wicht*-Plagwitz, *Widmann*-Breslau a. G., *Ziertmann*-Bunzlau, *Zuber*-Freiburg.

Der Vorsitzende Professor *Bonhoeffer* widmet den jüngst verstorbenen Vereinsmitgliedern Geh. Medizinalrat Prof. Dr. *Jakobi* aus Breslau und Geh. Sanitätsrat Dr. *Brückner*, Direktor der Provinzial-Heil-und Pflegeanstalt zu Kreuzburg, Worte ehrenden Gedenkens; die Versammlung erhebt sich von den Plätzen.

Auf Anregung des Vorsitzenden wird beschlossen, daß die Sitzungstage vom Vorstande frei gewählt werden können, und daß nicht durchaus an einem Sonnabend festgehalten zu werden braucht.

Hierauf wird der bisherige Vorstand, bestehend aus Professor *Bonhoeffer* als Vorsitzendem und Direktor *Neisser* als Sekretär, durch Akklamation wieder gewählt.

Herr *Otfrid Förster*-Breslau demonstriert einen Kranken, welchem ein Cysticercus der Hirnrinde operativ entfernt worden ist.

Herr *Stertz*-Breslau: Serodiagnostik bei progressiver Paralyse.

Vortr. berichtet über die an der kgl. psychiatrischen Klinik in Breslau bisher gemachten Erfahrungen mit der von *Wassermann* und *Neisser* ausgearbeiteten Methode. Es gelangten bisher 27 Fälle von klinisch sicherer progressiver Paralyse (einschließlich von 8 in Gemeinschaft mit Professor *Morgenroth* publizierten) zur Untersuchung. Von diesen war die Reaktion auf Antikörper 22 mal positiv, 3 mal fraglich. Bei den letzteren 3, deren Spinalflüssigkeit übrigens bei der Erhöhung der üblichen Dosis auf das Doppelte auch einen positiven Ausschlag gab, reagierte das Blutserum auch in der Dosis von 0,2 schon stark positiv. Dies mahnt dazu, nach dem Vorgange *Plauts* in keinem negativen oder

fraglichen Falle die Untersuchung des Serums zu unterlassen. Es bestand also positive Reaktion im Sinne *Wassermanns* in 100 % der Fälle von Paralyse. Über Tabes sind die bisherigen Erfahrungen noch vereinzelt. Demgegenüber steht das Verhalten der Spinalflüssigkeiten bei allen anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, die sämtlich negativ reagierten, merkwürdigerweise einschließlich von 5 Fällen von Lues cerebrospinalis; 3 Fälle von spätlatenter Lues, 15 Fälle der verschiedenartigsten cerebrospinalen Affektionen, bei denen die Lues nicht im Spiele war, erwiesen sich als vollkommen negativ. Die biologische Methode stellt demnach eine wertvolle Bereicherung der Paralysendiagnose dar, ganz besonders in Fällen, in denen die zytologische Untersuchung ein zweifelhaftes Ergebnis liefert. An der klinischen Spezifität der Reaktion zu zweifeln, liegen keine Gründe vor, wie auch immer die Vorstellung von dem Wesen der sogenannten Antikörper sein mag. Das geht auch aus allen neueren großen Versuchsreihen (*Michaelis*, *Citron*) im Gegensatz zu den Anschauungen von *Braun* und *Weil* hervor.

An der Diskussion beteiligen sich die Herren *Bonhoeffer*, *Sachs* und der Vortragende.

Herr *Klieneberger*-Breslau: Juvenile Paralysen.

Nach einleitenden Bemerkungen über die Häufigkeit der juvenilen Paralyse bespricht Vortr. ihre klinischen Erscheinungen und ihren Verlauf. Im Vordergrund des Krankheitsbildes stehen die körperlichen Symptome: Stillstand der Entwicklung, motorische Reiz- und Ausfallserscheinungen, darunter häufig absolute, seltener reflektorische Pupillenstarre, ferner des öfteren Optikusatrophie. Psychisch bietet die juvenile Paralyse fast ausnahmlos das Bild der einfachen Demenz mit der charakteristischen Euphorie, mit gesteigerter Reizbarkeit, Stimmungsanomalien und „kindlichen Größenideen". Der Verlauf der juvenilen Paralyse ist langsam und schleichend; er erstreckt sich über einen Zeitraum von 4—6 Jahren, oft noch darüber hinaus. Es folgte die Demonstration von 5 Fällen (drei Knaben im Alter von 16, 17 und 19 Jahren, zwei Mädchen im Alter von 20 und 21 Jahren), die innerhalb des ersten halben Jahres nach Eröffnung der neuen Klinik in unsere Beobachtung gekommen waren. In einem Fall fand sich reflektorische, in 4 Fällen absolute Pupillenstarre, darunter einmal Optikusatrophie. Die Sehnenreflexe waren durchweg gesteigert, nur bei einem Kranken fehlten die Achillessehnenreflexe. Bei zwei Kranken waren nur spastische, bei drei Kranken spastische und hypotonische Erscheinungen, bei allen ataktische Störungen und die charakteristische paralytische Sprach- und Schriftstörung nachzuweisen. Zweimal fand sich das *Babinski*sche Phänomen. Bei einem Kranken wurden wiederholt paralytische Anfälle beobachtet. Das psychische Bild war vorwiegend das der euphorischen Demenz. Eine Kranke neigte zu Konfabulationen; kindliche Größenideen zeigten zwei Kranke. In allen Fällen wies die

Lumbalflüssigkeit eine beträchtliche Vermehrung der Lymphocyten auf. Die serodiagnostische Untersuchung ergab überall das Vorhandensein von luischen Antikörpern. Differentialdiagnostisch bot nur ein Fall Schwierigkeiten, in dem die Diagnose „Lues cerebrospinalis" nicht mit unbedingter Sicherheit ausgeschlossen werden konnte. Es handelte sich hier um einen selbst für die juvenile Paralyse ungewöhnlich langsamen Verlauf, beziehungsweise um eine seit Jahren bestehende Remission. Zeichen einer luischen Infektion konnten nirgends festgestellt werden. Anamnestisch erfuhren wir, daß allen Kranken Früh- bzw. Totgeburten vorausgegangen waren. In 2 Fällen war uns die Untersuchung der Eltern leider nicht möglich, doch fanden sich in einem dieser Fälle bei der Schwester des Kranken deutliche Zeichen hereditärer Lues. Im dritten Fall konnte bei dem Vater, im vierten und fünften Fall bei der Mutter Tabes dorsalis mit Sicherheit diagnostiziert werden. In beiden letzten Fällen ist der Vater an progressiver Paralyse gestorben.

Diskussion: Herr *Neisser* möchte es nicht für ausgeschlossen halten, daß eine fortschreitende Erkenntnis von den jetzt zusammengehörig erscheinenden Fällen noch verschiedenartige Gruppen ausscheiden werde. Er erwähnt einen Fall eigener Beobachtung, bei welchem auch eine sehr langdauernde, mehr als zweijährige Remission stattgehabt hatte.

Herr *Heilemann*-Bunzlau: Über den Typhus in Irrenanstalten unter Bezugnahme auf die in Bunzlau gemachten Erfahrungen.

Vortr. schildert den Verlauf der im Jahre 1906 in der Bunzlauer Anstalt beobachteten Typhusendemie und gibt einen kurzen Rückblick auf das frühere Auftreten von Typhus in der Anstalt. Eine nach dem Erlöschen der Endemie durchgeführte systematische Untersuchung aller Anstaltsinsassen ergab das Vorhandensein von 14 Typhusbazillenträgern, 12 weiblichen und zwei männlichen, innerhalb der Anstalt. Die Tatsache, daß diese erst 6—8 Monate nach dem Auftreten des letzten Erkrankungsfalles ermittelt und unschädlich gemacht wurden, fordert zu großer Vorsicht in der Bewertung ihrer Rolle als Krankheitsvermittler heraus. An der Hand einer tabellarischen Übersicht schildert Vortr. die Ergebnisse der fortgesetzten Stuhluntersuchungen dieser Bazillenträger und knüpft daran eine Reihe praktisch wichtiger Erwägungen. Insbesondere legt er dar, daß, auch wenn zwei durch eine Woche getrennte Einzeluntersuchungen ein negatives Ergebnis gehabt haben, deshalb die Vorsicht nicht erlöschen dürfe, da erheblich größere Pausen in der Ausscheidung der Bazillen wiederholt beobachtet wurden. Möge aber auch die Rolle der Bazillenträger bei der Entstehung von Epidemien noch in mancher Beziehung ungeklärt sein, so dürfe doch nichts unterlassen werden, um sie unschädlich zu machen. Bei den Geisteskranken versage naturgemäß das Mittel der Belehrung, welche das Reichsseuchengesetz für die Bazillen-

träger fordert; andererseits sei ihre Isolierung in Zellen vom psychiatrischen Standpunkt als eine unsachgemäße Maßnahme zu erachten. In Bunzlau sei deshalb — zum ersten Male — ein besonders für diesen Zweck eingerichtetes Absonderungshaus im Bau begriffen, welches in gleicher Weise den psychiatrischen Gesichtspunkten der Krankenbehandlung wie den hygienischen Forderungen des Schutzes gegen Kontakt, insbesondere auch des Schutzes des Pflegepersonals Rechnung tragen solle.

Herr *Neisser*-Bunzlau demonstriert im Anschluß hieran den Grundriß des Absonderungshauses für Bazillenträgerinnen.

Die wichtigsten Besonderheiten der baulichen Anlage sind folgende:

1. Von außen findet ein Verkehr mit der Abteilung nur durch einen Fensterschalter statt, wo auch die Speisen hineingereicht werden. Die Speisenverteilung findet auf dem Durchgabetisch vor der Abteilung statt; die Speisetransportkessel gelangen zur Küche zurück, ohne mit der Abteilung und ihrem Personal oder den Kranken in irgend eine Berührung gekommen zu sein.

2. Das Aufwaschzimmer für die Eßgeräte der Kranken kommuniziert nicht nach außen, sondern ist nur vom Krankensaal der Abteilung aus zugänglich.

3. Das Pflegepersonal hat ein eigenes, mit besonderer Aufwaschküche und Nebengelaß versehenes Speisezimmer im Kellergeschoß und ein Ruhezimmer für Nachtwachen im Dachgeschoß, und der Verkehr zu diesen Räumen findet in einem besonderen, lediglich dafür eingerichteten Treppenhause statt.

4. Die Pflegerinnen dürfen die Abteilung nur verlassen, indem sie ein an ihr Schlafzimmer angrenzendes besonderes Badezimmer zur Desinfektion passieren, dort ihre Oberkleidung zurücklassen und sich in einem besonderen Vorraum mit sauberer Oberkleidung versehen. In dem Badezimmer ist ein nur den Pflegerinnen zugängliches Klosett erstellt.

5. Für die Kranken sind in den Aborträumen keine Wasserspülklosetts eingerichtet, sondern nur leicht desinfizierbare Nachtstühle aufgestellt. Besondere Nebenräume dienen zur Aufbewahrung, Untersuchung und Desinfektion der Dejektionen, welche dann durch Ausgüsse, die für die Kranken nicht zugänglich sind, in die Kanalisation übergeführt werden. Die Anordnung der Räume ist so getroffen, daß der Arzt die aufbewahrten Dejektionen besichtigen, Proben entnehmen kann usw., ohne die Krankenräume zu betreten.

6. Die Schmutzwäsche wird durch einen Schacht direkt in einen mit Roh-Lysoform gefüllten Bottich im Kellergeschoß befördert, von wo sie durch einen besonderen Ausgang direkt zur Zentralwäscherei abgeführt wird.

7. Für die Kranken stehen große und kleinere Bettsäle und Aufenthaltsräume nebst Einzelzimmern und einer heizbaren Veranda sowie ein geräumiges Dauerbad zur Verfügung. Alle Nebenräume sind um den Hauptkrankensaal so gruppiert, daß sie von diesem aus bequem zugänglich sind und die Überwachung immer gewahrt bleibt. Von der Veranda aus führt zum Garten eine besondere Treppe, welche nur für die Kranken und das gerade im Dienst befindliche Personal zugänglich ist.

Herr *C. S. Freund*-Breslau: a) Anatomischer Beitrag zur Pathologie des linken Schläfelappens (Fall von sensorischer Aphasie).

Vortr. demonstriert die im Neurobiologischen Institut zu Berlin (durch Frau Professor *Vogt*) aufgenommenen Photographien der Gehirnoberfläche desjenigen Falles, welchen er auf der Naturforscherversammlung zu Breslau 1906 als „klinischen Beitrag zur Pathologie des linken Schläfelappens" (sub b) vorgestellt hat.

Bei der damaligen Krankenvorstellung bot die 82 jährige Patientin folgendes Symptomenbild, das im Anschluß an einen am 24. November 1903 erlittenen Schwindelanfall aufgetreten war:

„Absoluter Verlust des Wortlaut- und Wortsinnverständnisses bei erhaltener Hörfähigkeit, Rededrang (Logorrhoe) mit Perseveration, aber ohne Echolalie. Fast vollständige Agraphie (schreibt nur spontan und dann paragraphisch stets dieselben wenigen unleserlichen Wortbildungen). Liest nicht laut, aber soll in der Bibel lesen; verkehrt vorgehalten. Druckschrift bringt sie in die richtige Stellung. Es besteht keine Hemianopsie, keine Lähmungssymptome an den Extremitäten, keine Demenz. Wenn sie allein ist, spricht sie nicht resp. nur wenig verbigerierend. Sobald eine andere Person in ihr Zimmer tritt, stellt sich Rededrang ein, der nur durch energisches Verbot unterdrückt wird. Unter den unverständlichen Wortschwall laufen einzelne richtig gebildete Worte unter, hin und wieder verständliche Sätze, z. B. vor einigen Wochen beim Anhören eines Stimmgabeltones: „wenn ich ein Wort hören könnte"."

Dieser klinische Befund ist bis zum Tode der Pat. (27. Oktober 1907) ziemlich unverändert geblieben. Im Laufe der Beobachtung wurde ein sehr bemerkenswerter Gehörbefund (durch den Ohrenarzt Herrn Dr. *Franz Kobrak*) festgestellt: „Auf beiden Ohren werden alle hohen und mittleren Stimmgabeltöne gehört, jedoch tiefe Stimmgabeltöne (b d F) nicht gehört. Die auf den Scheitel aufgesetzte g^1-Gabel wird nicht vernommen. — Es handelt sich demnach kaum um eine allein durch Sklerose bedingte Schwerhörigkeit. Selbstverständlich ist Sklerose als Nebenbefund nicht auszuschließen."

Die makroskopische Autopsie der Großhirnoberfläche läßt nur an der linken Hemisphäre Veränderungen erkennen: Der Hauptbefund ist eine durch gelbe Erweichung bedingte hochgradige Verschmälerung

der ganzen ersten Schläfenwindung. Ganz nach vorn und nach hinten ist die zweite Schläfenwindung auch etwas angegriffen, ebenso der Gyrus angularis. Die erste Hinterhauptwindung hat auch eine kleine Erweichungsstelle.

Die weitere anatomische Bearbeitung des Gehirns erfolgt im neurobiologischen Institut zu Berlin; die mikroskopische Untersuchung der Felsenbeine im Laboratorium der Ohrenabteilung des Allerheiligenhospitals zu Breslau.

b) Demonstration eines Erweichungsherdes im linken Hirnschenkelfuß. (auf einem Horizontalschnitt die ganze Quere des Hirnschenkelfußes einnehmend) als des einzigen makroskopisch nachweislichen Hirnherdes bei einem Falle von rechtsseitiger Hemiplegie mit *Wernicke-Mann*schem Prädilektionstypus. Es bestand kein Babinskireflex. Fazialis intakt. Keine Beeinträchtigung der Sprachfunktionen. Über Pupillenreaktion sowie Beweglichkeit der äußeren Augenmuskeln wurde nichts notiert; vermutlich war dieselbe gleichfalls normal, Tastvorstellungen rechts stark beeinträchtigt.

Zum Schluß ward die Psychiatrische Klinik besichtigt. Dr. *Neisser*.

Bericht über die Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Berlin am 24. und 25. April 1908.

Die Sitzungen fanden im großen Saale des Architektenhauses statt.

Anwesend waren die Herren: *Abraham*-Berlin, *Adams*-Johannistal, *Albrecht*-Ückermünde, *Alt*-Uchtspringe, *Alter*-Lindenhaus, *Arndt*-Wannsee, *Aschaffenburg*-Köln, *Barbo*-Pforzheim, *Benda*-Berlin, *Berger*-Jena, *Bernhardt*-Godeshöhe, *Beyer*-Roderbirken, *Beyer*-Eberswalde, *Bischoff*-Buch, *Birnbaum*-Berlin, *Birnbaum*-Herzberge, *Bleuler*-Zürich, *v. Blomberg*-Dziekanka, *Boedeker*-Schlachtensee, *Böhmig*-Dresden, *Bonhöffer*-Breslau, *Bratz*-Wuhlgarten, *Brodmann*-Berlin, *Brodtmann*-Schweizerhof, *Bruns*-Hannover, *Buchholz*-Hamburg, *Bünger*-Groß-Wusterwitz, *Camerer*-Stuttgart, *Caßirer*-Berlin, *Cohen*-Königslutter, *Cramer*-Göttingen, *Dansauer*-Berlin, *Delbrück*-Bremen, *Demohn*-Nietleben, *Deutsch*-Lauenburg, *Dluhosch*-Kosten, *Döblin*-Buch, *Dubbers*-Allenberg, *Ebers*-Baden, *Edel*-Charlottenburg, *Ehrcke*-Uchtspringe, *v. Ehrenwall*-Ahrweiler, *Eicke*-Herzberge, *Encke*-Ückermünde, *Facklam*-Suderode, *Falk*-Kortau, *Falkenberg*-Lichtenberg, *Feldkirchner*-Regensburg. *Finckh*-Niederschönhausen, *Fischer*-Prag, *Fischer*-Wiesloch, *Forster*-Berlin, *Franke*-Neu-Ruppin, *Friedländer*-Hohe Mark, *Gallus*-Potsdam, *Ganser*-Dresden, *Gaupp*-Tübingen, *Gerstenberg*-Hildesheim, *Gock*-Landsberg a. d. W., *Groß*-Schussenried, *Gudden*-Bonn, *Haardt*-Emmendingen, *Habermaas*-Stetten, *Hahn*-Breslau, *Hasche-Klünder*-Hamburg, *Havemann*-Tapiau, *Hebold*-Wuhlgarten, *Heilbronner*-Utrecht, *Heilmann*-Bunzlau, *Henneberg*-Neubabelsberg, *Herfeldt*-Ansbach, *Herting*-

Galkhausen, *Heß*-Görlitz, *Hoeniger*-Halle, *Holzen*-Warstein, *Hopf*-Potsdam, *Hoppe*-Uchtspringe, *v. Hößlin*-Eglfing, *Hüfler*-Chemnitz, *Hügel*-Klingenmünster, *Huth*-Bonn, *Imhof*-Werneck, *Jahrmärker*-Marburg, *Jastrowitz*-Berlin, *Jenz*-Schwerin, *Juliusburger*-Steglitz, *Kapff*-Waldfrieden, *Karrer*-Klingenmünster, *Kleefisch*-Essen, *Kluge*-Potsdam, *Knecht*-Neu-Ruppin, *Knecht*-Ückermünde, *Koehler*-Gabersee, *Kölpin*-Andernach, *Koenig*-Dalldorf, *Kräpelin*-München, *Krause*-Berlin, *Kreuser*-Winnental, *Kurz*-Pfullingen, *Kutzinski*-Berlin, *Lachmund*-Münster, *Laehr*-Haus Schönow, *Laehr*-Schweizerhof, *Lahse*-Eberswalde, *Landerer*-Andernach, *Lauenstein*-Hedemünde, *Einar Lauritzen*-Växjö (Schweden), *Lauschner*-Treptow a. R., *Lehmann*-Dösen, *Lehmann*-Coswig, *Lewandowsky*-Berlin, *Liebers*-Dösen, *Lilienstein*-Nauheim, *Lilienthal*-Berlin, *Lienau*-Hamburg, *Liepmann*-Dalldorf, *Lochner*-Thonberg, *Loewenthal*-Berlin, *Loewy*-Marienbad, *Lomer*-Blankenhain, *Longard*-Sigmaringen, *Lückerath*-Bonn, *Luther*-Lauenburg, *Lüttge*-Berlin, *Mendel*-Berlin, *Merklin*-Treptow an der Rega, *Meyer*-Königsberg, *Michaelis*-Nietleben, *Moeli*-Berlin, *Möller*-Berlin, *Müller*-Dösen, *Näcke*-Hubertusburg, *Nawratzki*-Nikolassee, *Neisser*-Bunzlau, *Neuendorff*-Bernburg, *Neupert*-Erlangen, *v. Nießl*-Leipzig, *Ollendorff*-Schöneberg, *Oster*-Illenau, *Östreicher*-Nordend, *Otto*-Lichtenberg, *Paetz*-Alt-Scherbitz, *Pappenheim*-Heidelberg, *Pelman*-Bonn, *Peretti*-Grafenberg, *Petersen*-Brieg, *Pfeifer*-Halle, *Pfersdorff*-Straßburg, *Placzek*-Berlin, *Pohlmann*-Aplerbeck, *Probst*-Eglfing, *Rabbas*-Neustadt, *Raecke*-Kiel, *Ranke*-Münster, *Ranke*-Heidelberg, *Rehm*-Hamburg-Eppendorf, *Rehm*-München, *Reich*-Herzberge, *Reichardt*-Würzburg, *Reis*-Tübingen, *Rinne*-Langenhagen, *Rittershaus*-Erlangen, *Rosenberg*-Buch, *Roth*-Eglfing, *Ruden*-München, *Runge*-Kiel, *Salinger*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Sauermann*-Merzig, *Schäfer*-Roda, *Schauß*-Buch, *Schayer*-Dalldorf, *Schedtler*-Merxhausen, *Schilling*-Schöneberg, *Schmidt*-Wuhlgarten, *Schmidt*-Herzberge, *Schmidt*-Alt-Scherbitz, *Schneider*-Untergöltzsch, *Schnitzer*-Kückenmühle, *Schönfeldt*-Riga, *Scholinus*-Pankow, *Schröder*-Alt-Scherbitz, *Schultze*-Greifswald, *Schütz*-Leipzig, *Schütz*-Jena, *Schwabe*-Plauen, *Schwarz*-Bayreuth, *Seelig*-Herzberge, *Seiffer*-Berlin, *Selle*-Neu-Ruppin, *Serger*-Alt-Strelitz, *Siemens*-Lauenburg, *Simon*-Warstein, *Sklarek*-Buch, *Snell*-Lüneburg, *Sprengel*-Neu-Ruppin, *Stargynski*-Posen, *Starlinger*-Mauer-Öhling, *Stengel*-Bruchsal, *Stier*-Berlin, *Stolzenburg*-Lüneburg, *Subotitsch*-Belgrad, *Tecklenburg*-Tannenfeld, *Tippel*-Kaiserswert, *Tuczek*-Marburg, *Urstein*-Rußland, *Utz*-Ansbach, *Veit*-Wuhlgarten, *Viedenz*-Eberswalde, *Vieregge*-Buch, *Vogt*-Frankfurt a. M., *Vocke*-Eglfing, *Voß*-Greifswald, *Wachsmuth*-Frankfurt a. M., *Waldschmidt*-Nikolassee, *Walther*-Neustadt, *Wanke*-Friedrichroda, *Wegener*-Marsberg, *Weichelt*-Andernach, *Wendenburg*-Lüneburg, *Werner*-Owinsk, *Westrum*-Warstein, *Weygandt*-Würzburg, *Wickel*-Obrawalde, *Winckler*-Owinsk, *Wollenberg*-Straßburg, *Wörnlein*-Sorau, *Zimmermann*-Hamburg, *Zinn*-Eberswalde; im ganzen 230 Teilnehmer.

Am Vorstandstisch die Herren *Moeli*, *Kräpelin*, *Kreuser*, *Laehr*, *Pelman*, *Siemens*, *Tuczek*. — Schriftführer: *Finckh*, *Forster*, *Seelig*.

1. Sitzung, Freitag, den 27. April, vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende *Moeli*-Berlin begrüßt die zahlreich erschienenen Teilnehmer und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder: des Ehrenmitgliedes des Vereins *Hitzig*, *Wildermuth*, *Em. Mendel*, *Brückner*, *Ullrich*, *Heimann*, *Baer*. Die Anwesenden erheben sich zu Ehren der Verstorbenen von ihren Sitzen.

Der Vorsitzende verliest alsdann Begrüßungstelegramme von *Binswanger*, *Schüle*, *Siemerling*, *Thomsen* und *Ziehen*.

Es folgt das 1. Referat über

Endzustände der Dementia praecox.

Die Referenten *Jahrmärker*-Marburg und *Bleuler*-Zürich hatten folgende Leitsätze aufgestellt, die gedruckt vorlagen:

I.

1. *Kraepelins* Dementia praecox umfaßt Krankheitsfälle, welche wesensverschieden sind von den uns bekannten anderen Psychosen; es sind ihr zugehörig noch einige „paranoische" Zustandsbilder, welchen eine selbständige Stellung zuerkannt war;

2. die Dementia praecox stellt eine Krankheit dar; charakteristische Krankheitszeichen lassen die Bezeichnung „Schizophrenie" passend erscheinen;

3. die Gestaltung der Krankheitsbilder und der Ausgangszustände hängt bei der Schizophrenie von Momenten ab, welche
   a) außerhalb der Krankheit liegen;
   b) als Zeichen sich darstellen von durch die Krankheit gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems;
   c) durch den eigentlichen Krankheitsprozeß selbst bedingt werden.

II.

Allgemeines.

1. Die bis jetzt üblichen Gesichtspunkte und Gruppierungen erweisen sich als ungenügend für eine Prognosestellung.

2. Bei Betrachtung der Krankheit nach den in I. festgelegten Gesichtspunkten bekommt man zwar noch wenig definitive Resultate, aber bessere prognostische Fragestellungen.

Spezielles.

Die einzelnen Ergebnisse lassen sich nicht wohl in Thesen fassen; wir bringen sie deshalb in der Form eines Überblickes.

Befriedigende prognostische Regeln lassen sich zurzeit aus der Art der Anfangszustände nicht aufstellen. Bei unserem Anstaltsmaterial haben zwar Fälle mit akuten Syndromen bessere Aussichten als die mit chronischem Verlaufe. Der wichtigste Grund ist aber ein äußerlicher: die akuten Symptome sind vorübergehend, bringen aber dennoch Kranke mit wenig vorgeschrittener Verblödung in die Anstalten, während die chronischen Zustände unserer Statistik nur schwere, d. h. bereits

stark „verblödete" Patienten zuführen. — Imbezille, die schizophren werden, bleiben gern in den Anstalten hängen, nicht deswegen, weil ihre Schizophrenie schlimmer verlaufen würde als in andern Fällen, sondern weil sie durch die Summation der Symptome der angeborenen und der erworbenen Demenz leichter sozial unmöglich werden als ursprünglich intelligente Patienten.

Die Heredität ergab bis jetzt keine prognostischen Anhaltspunkte. Es existieren aber noch keine Untersuchungen, die die verschiedenen Belastungsarten genügend differenzieren.

Auch die bisherige Gruppeneinteilung hat eine sehr geringe prognostische Bedeutung.

Das Erkankungsalter hat äußerst wenig Einfluß auf den Ausgang.

Eine Prognose quoad Recidiv gibt es nicht.

Das Studium der in den Anstalten verbleibenden „abgelaufenen" Fälle ergibt:

Kranke, die nach dem ersten Anstaltsaufenthalt eine an Heilung grenzende Remission durchgemacht haben, kommen selten in die Pflegeanstalt. Immerhin ist auch bei solchen Fällen spätere schwere Verblödung nicht sicher auszuschließen.

Chronische oder im späteren Verlauf in den Vordergrund tretende katatone Symptome haben eine ganz schlimme prognostische Bedeutung.

Relativ gut, d. h. arbeitsfähig innerhalb der Anstalt, erhält sich eine Gruppe, in deren Vordergrund paranoide Symptome stehen, während die eigentlich schizophrenen Erscheinungen stark zurücktreten und katatone ganz fehlen.

Einen Endzustand in dem Sinne, daß von einem gewissen Zeitpunkt an die Krankheit keine Fortschritte mehr machen könnte, gibt es nicht.

Alle bisher aufgestellten Formen der Dementia praecox können in jedem Stadium stille stehen oder sich beliebig, akut oder chronisch, weiter entwickeln. Abgrenzung von Gruppen nach dem Grade der Verblödung ist deshalb nicht möglich.

Die Generalprognose der Dementia praecox ist also nicht „Verblödung", sondern Richtung des Krankheitsverlaufes nach einer bestimmten Art der Verblödung hin. Die durch die Krankheit gesetzte Veränderung kann so gering sein, daß sie bei wenig eingehender Untersuchung nicht gefunden wird (latente Dementia praecox). Die Diskussion über die Heilungsmöglichkeit ist deswegen nicht viel mehr als ein Wortstreit.

Wie weit der einzelne Kranke auf der Bahn der Verblödung fortschreite, ist jetzt noch nicht zum voraus zu bestimmen. Statt dessen muß man versuchen festzustellen, wie weit die Verblödung schon fortgeschritten ist. Man kann dann mit einer gewissen

Wahrscheinlichkeit — nicht mit Sicherheit — annehmen, daß sie sich nicht mehr zurückbilde.

Einen brauchbaren Maßstab für den Grad der Verblödung kann es allerdings nicht geben. Der Schizophrene ist niemals sehlechthin dement, sondern er ist dement in bezug auf bestimmte Fragen, auf bestimmte Komplexe, auf bestimmte Zeiten. Dagegen ist innerhalb gewisser Grenzen ein Maßstab denkbar für den Fortschritt, den die Grundstörung gemacht hat. Einen solchen Maßstab müssen wir suchen.

Einen indirekten und deswegen nicht ganz sicheren, aber doch brauchbaren Anhaltspunkt für die Schätzung des von der Krankheit erreichten Grades gibt uns die Stärke der Disposition zu spezifisch schizophrenen Symptomen. Irgendein Zustand bietet ceteris paribus um so schlimmere Aussichten, als mehr Affekt- und Assoziationsstörungen, mehr katatone Symptome vorhanden sind, und als Halluzinationen und Wahnideen mehr den typisch schizophrenen Charakter besitzen.

Die Prognose der Schizophrenie ist eine sehr komplizierte Funktion, deren Komponenten sich in ihren Wirkungen oft durchkreuzen und kompensieren. Sie kann deshalb nur in ihren einzelnen Faktoren studiert werden.

So müssen wir unterscheiden lernen zwischen *primären Symptomen*, die dem Krankheitsprozeß direkt proportional sind, und *sekundären*, die durch irgendeinen zufälligen Einfluß auf die kranke Psyche entstehen.

Die meisten bisher beschriebenen Symptome sind sekundäre, so ein Teil der katatonen Erscheinungen, die Wahnideen, Wutanfälle, Dämmerzustände usw. Sie haben mit dem Krankheitsprozeß sehr wenig zu tun.

Die elementaren Störungen sind viel weniger bekannt. Gewisse Benommenheitszustände, die denen bei Hirndruck ähneln, machen einen primären, man möchte sagen organischen Eindruck. Auch in den schizophrenen Assoziationsstörungen liegt unseres Erachtens ein wichtiger primärer Faktor, während allerdings die „affektive Verblödung“ in der Hauptsache oder ganz ein sekundäres Symptom darstellt.

Komplexe sekundäre Symptome (Aufregungen, Dämmerzustände) können auftreten, ohne daß ein Schub des Krankheitsprozesses vorliegt. Die Unterscheidung zwischen primären und sekundären Symptomen wird uns aber ermöglichen, die wichtige Frage zu beantworten, *ob und inwieweit eine Aufregung eine Exazerbation des Krankheitsprozesses oder nur eine Exazerbation der Symptome ist.*

Nicht identisch mit der Zerlegung der Symptome in primäre und sekundäre ist die Unterscheidung von *vorübergehenden und dauernden* Symptomen. Zu den vorübergehenden gehören Dämmerzustände; manische und melancholische Affektwellen; Verwirrtheitszustände; gewisse Arten von Benommenheit. Nur die letzteren beiden

Symptome scheinen primäre zu sein. Manche Verwirrtheitszustände machen geradezu den Eindruck von durch den akuten Hirnprozeß ausgelösten Insulterscheinungen.

Wir wissen zurzeit über die Rückbildungsfähigkeit mancher Symptome noch sehr wenig. Ausschlaggebend für die Prognose ist oft mehr als das Symptom die psychische Umgebung: die eigentlichen schizophrenen Symptome sind ceteris paribus um so weniger rückbildungsfähig, je besonnener ihre Träger erscheinen. Die schizophrenen Assoziations- und Gemütsstörungen während chronischer Zustände bilden sich am schwersten zurück.

Wir müssen ferner danach trachten, Anhaltspunkte zur Schätzung der Intensität des Krankheitsprozesses zu bekommen. Wahrscheinlich werden uns Benommenheit und gewisse Verwirrtheitszustände die ersten Anhaltspunkte zu einem solchen Urteil geben.

Ein genaueres Eingehen auf die psychologische Genese der einzelnen Symptome verspricht weitere prognostische Anhaltspunkte. Unter den Namen Negativismus und Stupor z. B. fassen wir ganz verschiedene Zustände mit verschiedener prognostischer Bedeutung zusammen. Auch andere katatone Symptome, die als einheitliche angesehen werden, haben nur bei chronischen Zuständen schlimme Bedeutung, bei akuten nicht. Wir müssen sie also zerlegen lernen in prognostisch gute und schlimme.

Wichtig ist ferner bei den Prognosestudien die Kritik des Materials. Wir bekommen nur einen Teil der Kranken zu sehen: die ganz schweren und deswegen asozialen Fälle, und von den zahlreicheren leichten diejenigen, die eine akute Erregung haben. Das Material ist abhängig von den Aufnahmeverhältnissen einer Anstalt, von den Pflegetaxen, von der Zusammensetzung der die Anstalt benutzenden Bevölkerung und noch manchen ähnlichen Faktoren. Bei Platzmangel und in bäuerlichen Gegenden kommen leichte Fälle weniger in die Anstalten als anderswo. Ebenso sind oder erscheinen bei gleichem Material die Ausgänge verschieden je nach dem Spiritus loci der Anstalt, der „Behandlung" im weitern Sinne, und nach den Entlassungsverhältnissen. Die prognostischen Ermittlungen sind also von Anstalt zu Anstalt nie direkt vergleichbar.

I. *Jahrmärker*-Marburg gibt eine kurze Einleitung zu dem gemeinsamen Referat. „Der Herr Referent wird", führt er in derselben u. a. aus, „in der Hauptsache prognostischen Erwägungen seine Zeit widmen, ich habe als Korreferent kurz die Grenzen zu ziehen, welche wir der Dementia praecox stecken möchten; zugleich habe ich die Frage der Wesensgleichheit ihrer Glieder und die ihrer Gliederung in Untergruppen zu erörtern; und habe bei alledem im Auge zu behalten die Gewinnung prognostischer Fragestellungen."

Einen Weg suchte *J.* zu finden, den verschiedenen Seiten seiner Aufgabe in einer Gedankenreihe näher zu kommen; er hat dem Mechanismus

der Krankheitsbilder, der Ausgangszustände nachzugehen versucht und hat dabei seinen Ausgang genommen von den mehr oder weniger leichten, rudimentären Krankheitsbildern, zu deren Vorkommen und deren Symptomatologie er näheres ausführt; besonders hervorgehoben wird die Bedeutung ausreichender Anamnesen.

Auf Grund des Studiums von lange Jahre bestehenden Krankheitsfällen verfolgt *J.*, wie sich die Differenzierung der Krankheitsbilder gestaltet.

„Die Differenzierung der Krankheitsbilder wird bewirkt durch Momente, welche außerhalb der Krankheit liegen, und durch solche, welche mit der Krankheit in Zusammenhang stehen.

1. Die Differenzierung der Krankheitsbilder durch Momente, welche außerhalb der Krankheit liegen, gestaltet sich analog wie bei manchen anderen Krankheiten, es läßt die Eigenart der grundlegenden Störungen hierbei nur ganz besonders leicht äußerlich heterogene Bilder entstehen. Die persönlichen Eigenschaften des einzelnen, seine Anlage und das, was auf ihn einwirkte, sie machen sich in sehr erheblicher Weise geltend, und daneben werden oft besondere Verhältnisse von Bedeutung, Verhältnisse, wie sie durch psychologische und soziale, physiologische und pathologische Momente geschaffen werden; durch Leidenschaften z. B., durch Not, Inhaftierung, durch Umwälzungen, wie sie Pubertät, Klimakterium, Senium mit sich bringen, durch Alkoholgenuß und chronischen Alkoholmißbrauch, durch Erschöpfung, Infektionskrankheiten, organische Erkrankungen des Gehirns und anderes mehr.

Es erfolgt dabei eine Differenzierung der Krankheitsbilder im Sinne einmal vorübergehenden Auseinandergehens, im Sinne anderseits dauernder Um- und Ausgestaltung.

Auf Reize, Schädlichkeiten, wie ich sie anführte, reagiert der Betroffene seiner krankhaften Verfassung entsprechend quantitativ und qualitativ in besonderer Weise; nicht selten werden wir vorübergehende Zustände vor Augen bekommen, welche bei Verkennung der spezifischen Grundlage als besondere Psychosen imponieren können, nicht weniger oft werden wir typische Folgeerscheinungen irgendwelcher Schädlichkeit eine modifizierte Form annehmen sehen. So beobachten wir z. B. ein stärkeres Hervortreten von wenig oder gar nicht deutlich gewesenen Symptomen, beobachten Affekt-, Unruhe-, Erschöpfungszustände, Haft-, Fieber-, Alkoholstörungen, welche in dieser Weise entstehen, sehen unter der Einwirkung irgendwelcher Schwierigkeiten oder Mißerfolge paranoische Zustandsbilder vorübergehender Art auftreten, und sehen auf der anderen Seite das Delirium tremens z. B. bestimmte Modifikationen annehmen durch das Verhalten unter anderem der Gehörstäuschungem, wie der Herr Referent feststellte.

Zu einer dauernden Umgestaltung des Krankheitsbildes werden gelegentlich auch solche an sich vorübergehenden Zustände führen, indem

Residuen bleiben, Residuen vor allem auch im Sinne des Haftenbleibens bestimmter Gedankenverknüpfungen. Zu einer dauernden Differenzierung des Krankheitsbildes werden aber hauptsächlich die persönlichen Eigenschaften, die allgemeinen Lebensbedingungen des einzelnen, werden lange Zeit immer wiederkehrende Reize und Schädlichkeiten führen, Altersveränderungen auch und irreparable Erkrankungen. Viele Fälle von sog. Nervosität und sog. Hypochondrie, von originärem, moralischem, sozialem Schwachsinn, von Verschrobenheit und Querulantentum haben sich in dieser Weise gestaltet, sehr wohl kann es unter bestimmten Umständen auch zu chronisch paranoischen Zuständen kommen im Sinne des Querulantenwahns, im Sinne auch einer andern nicht aus Sinnestäuschungen sich entwickelnden Paranoia; stark ausgeprägte Eigenschaften des Alternden oder Gealterten führen ebenfalls zu paranoischen Bildern; eigenartige Zustände entstehen unter anderem durch schwere Traumen, durch Hirntumoren, vielleicht auch durch die Paralyse, die Lues cerebri u. a. m.

2. Die Differenzierung der Krankheitsbilder durch Momente, welche mit der Krankheit in Zusammenhang stehen, gestaltet sich in zweifacher Weise; einmal kommen in Betracht Momente, welche als Zeichen sich nur darstellen von durch die Krankheit gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems (sekundäre Störungen), zum anderen haben wir es zu tun mit Momenten, welche durch den eigentlichen Krankheitsprozeß selbst bedingt werden (primäre Störungen).

Nehmen Sie Krankheiten, wie die Idiotie, die senile Demenz, die Paralyse, wie weiter die Hysterie, die Epilepsie; Zustände sehen Sie bei solchen Krankheiten auftreten von motorischer Erregung, von heiterer oder trauriger Verstimmung, von verändertem oder getrübtem Bewußtsein, Zustände, welche Äußerungen sind der durch den betreffenden Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen des Zentralnervensystems. Solche Erregungs-, Verstimmungs-, Ausnahmezustände sehen wir, meine Herren, auch auf dem Boden der durch unseren Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen kommen und gehen, bald kürzer (Stunden, Tage), bald länger während, bald von geringerer, bald von erheblicherer Intensität. Es erhalten diese Zustände in sehr vielen Fällen ihre charakteristische Färbung durch die schon vorher ausgeprägt gewesenen speziellen Krankheitszeichen, oder dadurch, daß die vorher nur schwer oder gar nicht erkennbar gewesenen Symptome in ihnen deutlich werden; sie sind aber nicht selten auch hinsichtlich ihrer Krankheitszugehörigkeit kaum bestimmbar, weil die grundlegenden Krankheitszeichen durch lebhafte unwesentliche, wenn sie wollen, sekundäre Symptome verdeckt werden, oder sie entziehen sich auch überhaupt noch einer speziellen Diagnose, wie gelegentlich z. B. auch manische oder andere Bilder bei einer noch nicht vorgeschrittenen Paralyse. Wir sehen unter solchen Umständen Zustände entstehen, welche an manisch-depressive, „amente“, an hysterische, epileptische erinnern, nicht selten geradezu den Typ darzustellen scheinen einer periodischen Psychose. —

Daß die durch unseren Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen besonders gern zu zeitweiligen Erregungen und Verstimmungen führen, kann übrigens ein jeder wahrnehmen, welcher alte, einwandfreie Fälle hebephrener Demenz zu beobachten Gelegenheit hat.

Nehmen Sie, meine Herren, weiter den Verlauf, welchen Verblödungsprozesse zeigen, wie die senile Demenz und besonders die Paralyse, sehen Sie, wie solche Krankheitsprozesse teils allmählich weiter zerstörend, teils mehr schubweise aufflackernd zum Ausgangsstadium führen; nur selten bleibt ein Schub ohne deutliche Residuen, sehr wohl können sich aber auch Erscheinungen, welche ein solcher mit sich brachte, ganz oder teilweise wieder ausgleichen; wir pflegen von dem endgültig Ausgefallenen das zunächst nur funktionell geschädigt Gewesene zu unterscheiden. In gleicher Weise wie bei solchen Verblödungsprozessen sehen wir auch in unseren Fällen eine Differenzierung der Krankheitsbilder durch den Ablauf der eigentlichen Krankheitsvorgänge selbst herbeigeführt werden; wir finden teils von Anfang an, teils erst später einsetzend eine allmähliche Zunahme der Verfallserscheinungen, wir beobachten eine Umgestaltung der Bilder durch Krankheitsschübe. Es stellt sich die Neigung zum Fortschreiten, es stellen sich auch die Schübe nicht selten ohne erkennbaren Anlaß ein, sehr oft knüpfen sie sich an Umwälzungen, wie sie die Pubertät, das Klimakterium, das kommende Senium, wie sie Schwangerschaften usw. mit sich bringen; öfters auch werden sie ausgelöst durch irgendwelche schwere Schädigungen, welche den Körper treffen; häufiger schließen sie sich auch an Störungen an, deren Entstehungsweise ich früher darzulegen versuchte. Was bewirkt wird, sind teils quantitative, teils qualitative Veränderungen; es kann das alte Bild resultieren in nur mehr oder weniger ausgeprägterer Form, es können aber auch recht divergierende Bilder das Ergebnis werden, je nachdem in dem durch den Schub bewirkten Zustandsbild mehr diese oder mehr jene Erscheinung im Vordergrund stand und später in mehr oder weniger abgeschwächter Form beharrt; so erhalten wir hebephrene, katatone, paranoische, halluzinatorische, amente Ausgangsbilder, und es werden auch diese späterhin noch im einzelnen wieder differenziert durch Momente, welche ich früher kennzeichnete, durch Momente, wie sie teils außerhalb der Krankheit liegen, teils Äußerungen darstellen der durch den Krankheitsprozeß gesetzten Veränderungen; es werden aber diese Bilder auch noch weiter differenziert werden können durch ein weiteres Fortschreiten des Prozesses, durch ein erneutes Auftreten von Schüben, und wir, der Herr Referent und ich, wir sind nicht imstande gewesen, Zustände zu finden, welche ein Fortschreiten, einen Übergang in andere erfahrungsgemäß nicht zuließen."

Seinen Ausführungen zu entnehmen sei, sagt *J.* nach diesen Auseinandersetzungen weiter, daß die Referenten *Kräpelins* Krankheitsbilder als wesensverschieden betrachten zu müssen glauben von den uns bekannten anderen Psychosen, und daß sie denselben zunächst die Wesens-

einheit zugestehen möchten unter Hinzurechnung noch von einigen „paranoischen“ Bildern, welchen im Rahmen einer Paranoia, eines präsenilen Beeinträchtigungswahns anderweitig vielleicht eine selbständige Stellung gegeben würde. „Selbstverständlich wollen wir nicht wirkliche hysterische Störungen etwa, wollen wir nicht die Degenerationszustände als solche der *Kräpelin*schen Krankheit einfügen.“

Zur Gruppenbildung innerhalb der Dementia praecox ergebe sich der Schluß, daß die übliche Gliederung, welche ja auch nur der „Übersicht“ halber gegeben werde, innere Unterschiede in der Entstehungsweise der Krankheitsbilder außer acht lassen müsse, daß sie deshalb nicht durchführbar sei und sichere prognostische Handhaben kaum geben könne; es ergebe sich dahingegen eine Betrachtungsweise, welche diagnostische und prognostische, vielleicht auch therapeutische Fragestellungen in mancherlei Hinsicht gewinnen lasse.

J. will den von dem Referenten *Bleuler* vorgeschlagenen Namen „Schizophrenie“ annehmen, äußert am Ende seiner Darlegungen u. a.: „Von der Einheitspsychose sind wir noch weit entfernt, und noch lange sind wir nicht so weit, daß jemand berechtigt wäre, zu sagen: man geniert sich beinahe, diese Diagnose zu stellen; damit, daß man den Namen, das Wort nennt, hat man das wenigste getan von dem, was die Wissenschaft, was der Kranke zu fordern hat; mehr wie bei jeder anderen Psychose verlangt bei dieser Krankheit jeder einzelne Fall seine Spezialbeurteilung, seine Spezialprognose.“

(Vollständig erschienen im 1. Juniheft des *Gaupp*schen Zentralblatts.)

II. *Bleuler*-Burghölzli: Die Prognose der Dementia praecox (Schizophreniegruppe)[1]).

Wenn im folgenden von Dementia praecox die Rede ist, so möchte ich immer das darunter verstehen, was der Schöpfer des Begriffes mit dem Worte hat bezeichnen wollen, und was Ihnen Herr Kollege *Jahrmärker* soeben im Detail umschrieben hat. Von anderen Anschauungen aus kann das uns gestellte Thema nicht fruchtbringend behandelt werden. Im Interesse der Diskussion möchte ich nochmals hervorheben, daß es sich bei der *Kräpelin*schen Dementia praecox weder um eine notwendige Dementia, noch um eine notwendige Praecocitas handelt. Aus diesem Grunde und weil man von dem Ausdruck Dementia praecox keine adjektivischen und substantivischen Weiterbildungen machen kann, erlaube ich mir, hier das Wort Schizophrenie zur Bezeichnung des *Kräpelin*schen Begriffes zu benützen. Ich glaube nämlich, daß die Zerreißung oder Spaltung der psychischen Funktionen ein hervorragendes Symptom der ganzen Gruppe sei, und werde dies an anderem Orte begründen.

---

[1]) Ursprüngliche Fassung des Referats, das für den Vortrag mehrfache Kürzungen erfuhr.

Durch zwei Doktorandinnen, *Wolfsohn* [1]) und *Zablocka* [2]), habe ich die während 8 Jahren im Burghölzli aufgenommenen 647 Schizophrenien in bezug auf die Prognose durcharbeiten lassen. Hierbei hat sich folgendes herausgestellt:

Die Heredität im bisherigen Sinne ist ohne Einfluß auf die Prognose. — Auch wenn man die Belastungsarten nach Krankheiten und Verwandtschaftsgraden auseinanderhält, ändert sich das Resultat nicht. Es ist aber ausdrücklich hervorzuheben, daß möglicherweise eine neue Betrachtungsart, die nicht mit „Psychosen" oder „Neurosen" und ähnlichen Sammelbegriffen operiert, doch noch Unterschiede nachweisen könnte.

Die mit der Heredität in Beziehung gebrachten Degenerationszeichen haben wohl keinen wichtigen Zusammenhang mit der Prognose, doch ist dies noch genauer zu prüfen.

Scheinbar hat die Akuität große Bedeutung für den Ausgang. Von den akut beginnenden Fällen werden 73 % als draußen arbeitsfähig entlassen, 11 % verblöden schwer, während die übrigen 16 % zwischenhinein rubrizieren. Von den chronisch Beginnenden bleiben 30 % als schwer verblödet hängen, während nur 50 % draußen einigermaßen selbständig arbeiten können. Es ist trotzdem nicht richtig, daß die chronisch beginnenden Fälle überhaupt um so viel häufiger und stärker verblöden. Die akuten Erkrankungen werden durch einen vorübergehenden Symptomenkomplex in die Anstalten gebracht, der in keiner Beziehung steht zur Höhe der Krankheit. Die chronischen aber kommen gewöhnlich erst, wenn die Verblödung einen unerträglichen Grad erreicht hat. Nur zufällige Erregung oder ein pathologischer Rausch bringt uns leicht Verblödete vor die Augen. Viele von ihnen sind seit Jahren chronisch krank, und diese genügen, um zu beweisen, daß auch schleichende Fälle in jedem Stadium Halt machen können.

Auf dem gleichen Umwege muß die Krankheitsform des Beginnes, die in unlösbarem Zusammenhang mit der Akuität steht, die Statistik der Ausgänge beeinflussen: Von den Manischen werden 83 %, von den Melancholischen und akut Wahnsinnigen 73 resp. 75 % in arbeitsfähigem Zustand entlassen, von den Dementen aber nur 33 %, während die schweren Endzustände bei Manie 7 %, bei Melancholie 13 %, bei Wahnsinn 9 %, bei initialer Demenz aber 55 % ausmachen. Die leichte Demenz bleibt eben der Zählung des Psychiaters verborgen, wenn sie nicht durch eine akute Erregung draußen unmöglich wird. Es ist also aus diesen Zahlen nicht zu beweisen, daß der akute

---

[1]) *Wolfsohn*, Die Heredität bei Dementia praecox. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 1907, S. 347 ff.

[2]) Zablocka, Zur Prognosestellung bei d. Dem. pr. Dies Heft S. 318 ff.

Beginn eine wesentlich bessere Prognose habe als der chronische. Wir müssen das zunächst nur schließen aus der Natur der akuten Anfälle, die zum großen Teil vorübergehende Erregungen sind und mit dem Verblödungsprozeß oft nur indirekt zusammenhängen, und dann aus der Statistik der Endzustände in unseren Anstalten. Ich möchte aber hier schon betonen, daß das, was wir gewohnt sind als initiale akute Psychose anzusehen, gar nicht so häufig den eigentlichen Anfang der Krankheit darstellt, sondern in Wirklichkeit meist eine interkurrente Episode im Verlauf eines Prozesses ist, der schleichend begonnen hat.

Von den einzelnen Formen hat das Paranoid bei den Männern eine deutlich bessere Prognose, während die — gar nicht einheitliche — Gruppe, der wir den Namen Katatonie geben, bei dem gleichen Geschlecht etwas geringere Chancen bietet. Dieser letztere Unterschied muß noch etwas bedeutsamer erscheinen, wenn man daran denkt, daß die Katatonie schon leichteren Fällen das Familienleben unmöglich macht als das Paranoid und besonders die Hebephrenie. Die Frauen haben mehr Neigung zu Erscheinungen, die wir als Katatonie bezeichnen (Negativismus!); wahrscheinlich deshalb haben diese Symptome bei ihnen nicht die gleiche Bedeutung.

Demenz:	leicht			mittel			schwer		
Untergruppe	M.	F.	T.	M.	F.	T.	M.	F.	T.
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Paranoid	78	51	65	6	27	16	16	22	19
Katatonie	54	59	57	9	18	13	38	23	30
Hebephrenie	56	61	58	22	20	22	21	19	20

Ähnlich ist der Unterschied, wenn wir alle Fälle, die überhaupt katatone Symptome zeigen, den andern gegenüberstellen:

Demenz	leicht	mittel	schwer
Mit kat. Symptomen	%	%	%
Total	57	17	26
Männer	56	12	32
Frauen	58	20	22
Ohne kat. Symptome			
Total	63	19	18
Männer	67	17	16
Frauen	57	22	21

Auch die einzelnen katatonen Symptome für sich genommen, lassen sich nicht prognostisch verwerten. Nur darauf möchte ich aufmerksam machen, daß die ausgesprochene und andauernde Katalepsie auffallend günstige Verhältnisse zeigte mit 67 % leichten und 23 % schweren Erkrankungen. Leider ist das Symptom nur bei 38 Fällen notiert, so daß die Beobachtung keinen beweisenden Wert hat. Würde sie durch größeres Material bestätigt, so wäre zum Verständnis in Betracht zu ziehen, daß sie eben vorwiegend bei akuten Fällen vorkommt.

Die verschiedenen Kombinationen katatoner Symptome zeigten uns keinen Einfluß auf die Prognose; doch zersplittern sich hier die Zahlen natürlich sehr stark.

Wir erwarten aber, daß uns das Studium der Genese und des psychologischen Zusammenhanges dieser Symptome neues Licht bringen könne. Negativismus, Mutismus, Stereotypien sind ja Sammelbegriffe ähnlicher Erscheinungen, die verschieden bedingt sind und deshalb verschiedene Bedeutung haben müssen. Es ist z. B. bekannt, daß katatone Symptome als Teilerscheinung eines akuten Anfalles nicht die deletäre Bedeutung haben wie in chronischen Zuständen.

Der Intelligenzzustand vor der Erkrankung kommt wohl nur insofern in Betracht, als die Summation imbeziller und schizophrener Symptome natürlich das Gesamtkrankheitsbild schwerer erscheinen läßt als der entsprechende schizophrene Prozeß allein.

Dagegen scheinen abnorme Charaktere mehr Neigung zu schweren und weniger zu leichten Erkrankungen zu haben als Normale oder Nervöse.

	Demenz: leicht	mittel	stark
Charakter normal	64 %	21 %	15%
„ auffallend....	57 %	16 %	27%
„ „nervös“	70 %	18 %	12%

Der Begriff „abnormer Charakter“ ist aber ein großer Topf, in dem die verschiedensten Abweichungen vom Normalen Platz haben — namentlich auch latente, chronisch verlaufende Schizophrenien, welch letztere natürlich die Gesamtprognose beeinflussen können.

Das Erkrankungsalter scheint wenig Beziehungen zum Ausgang zu haben. Die Dreißigerjahre sind in unserer Statistik um einige Prozente besser als die andern, die Zeit des Klimakteriums ist nicht besonders gefährlich; dafür sind von den — allerdings bloß 23 — in der Kindheit Erkrankten 48 % stark verblödet.

Die körperlichen Symptome sind nur bei besonders darauf geführten Krankengeschichten statistisch zu verwerten; die unsrigen lassen in dieser Beziehung zu wünschen übrig. Es schien mir aber, die katatone Pupillendifferenz hätte eine schlimme Bedeutung, während bloße verschlechterte Reaktion der Pupillen irrelevant sein wird. — Sicher hat der Kräftezustand mit der Prognose keinen Zusammenhang, der sich beim Zusammenwerfen aller Fälle ausdrücken könnte. Ich erinnere aber an die Beziehungen zur Amentiafrage.

Als bekannte prognostische Zeichen möchte ich der Vollständigkeit halber erwähnen: Überwiegen der schizophrenen Symptome bei Mangel

akuter Erscheinungen; Verlust der geistigen Regsamkeit und gemütliche Stumpfheit ohne Benommenheit und andere akute Symptome; Schwinden des Negativismus ohne Besserung der gemütlichen Ansprechbarkeit; Erhöhung des Körpergewichtes ohne psychische Besserung. Alles im Sinne einer Verschlechterung der Prognose.

Anhaltspunkte für eine Prognose quoad Rezidiv [1]) kennen wir vorläufig nicht. Es ist ja selbstverständlich, daß das Hinzukommen periodischer oder zyklischer manisch-depressiver Anfälle weitere solche Symptome erwarten läßt [2]). So finden sich unter den Rezidivisten Kranke mit manischem Beginn 8%, unter allen zusammen 5%, während die entsprechenden Werte für melancholischen Beginn 17% und 9% betragen; die übrigen Arten des Beginnes lassen keinen Einfluß auf die Neigung zu Rezidiven erkennen. Sogar diejenigen Fälle, die beim ersten Anstaltsaufenthalt die Verblödung oder die paranoiden Symptome im Vordergrund zeigten, hatten „Remissionen" und rezidivierten so häufig wie andere.

Andererseits läßt sich das Vorkommen psychischer Shocks meist nicht vorausberechnen; und wenn man es voraussehen kann, so ist die Wirkung von einem solchen Gewirre anderer Faktoren mitbedingt, daß eine allgemeine Berücksichtigung psychischer Traumen aus diesem Grunde unmöglich wird.

Die Betrachtung der Anfänge der Krankheit ergibt somit wenig Tröstliches für die Prognosestellung. Ich habe deshalb versucht, von den Endzuständen aus weiter zu kommen. Es standen mir 475 Patienten, über deren Vorgeschichte ich mich genügend orientieren konnte, zur Verfügung; alle sind Anstaltsinsassen von Rheinau [3]) oder Burghölzli.

Bei dem Pflegeanstaltsmaterial habe ich in prognostischer Hinsicht einen qualitativen Unterschied zwischen den Geschlechtern nicht gefunden, während allerdings die Zahl der internierten männlichen und weiblichen Schizophrenen sich nahezu wie 2 : 3 verhält, ohne daß Anstaltsverhältnisse dazu den Grund abgeben würden.

Ferner ist wichtig, sich zu merken, daß nur etwa die Hälfte der in Rheinau befindlichen Kranken die Heilanstalt passiert hat [4]) und sich dort dennoch nicht mehr als 472 Schizophrene befinden, während die Heil-

---

[1]) Unter Rezidiv verstehe ich hier alle neuen Schübe, sowie alle irgendwie bedingten Aufregungszustände, die als besondere Psychose imponieren.

[2]) Es ist noch zu untersuchen, inwiefern solche Anfälle neue Schübe der Krankheit darstellen.

[3]) Herrn Direktor Dr. *Ris* möchte ich auch an dieser Stelle für seine Erlaubnis zur Benutzung des Materials und seine Auskünfte danken.

[4]) Nur 44 Rheinauer Schizophrene, die im Burghölzli waren, sind nicht direkt aus der Heilanstalt in die Pflegeanstalt gekommen.

anstalt jährlich deren wohl 80 entläßt, die Anwartschaft auf durchschnittlich mindestens 25 weitere Lebensjahre [1]) haben, sodaß nach dieser sehr oberflächlichen Schätzung der Lebenschancen, die genauer gemacht zu werden verdiente, wohl sechs Siebentel der Entlassenen sich draußen halten [2]).

Dem entsprechend läßt sich denn auch bei 91 % unserer Pflegeanstaltsinsassen das Vorausgehen einer vollen Remission ausschließen. Es handelt sich bei allen entweder um ganz chronische Fälle oder dann um solche, die nach dem ersten akuten Anfall deutlich krank geblieben sind. Auch unter den anderen 9 % werden sich noch eine Anzahl solcher Kranken befinden. Diese Feststellung ist wohl das bemerkenswerteste Resultat dieser Untersuchung. Es ist also eine Seltenheit, daß Kranke mit einer guten Remission so stark verblöden, daß sie dauernd anstaltsbedürftig werden. Immerhin wird es nötig sein, auch in dieser Beziehung die verschiedenen Arten akuter Anfangszustände genau auseinander zu halten, weil die Erfahrung der Heilanstalten doch darauf aufmerksam macht, daß einzelne Patienten erst in einem späteren Anfall dauernd verblöden.

In bezug auf den Zusammenhang der Initialerkrankung mit dem Ausgang hat sich ergeben, daß von den Anstaltspatienten mit akutem Beginn nur 24 %, von denen mit chronischem Beginn aber 37 % relativ leicht verblödet sind, d. h. sich in der Anstalt eine gewisse Haltung und Arbeitsfähigkeit bewahrt haben. Der Unterschied wird nun allerdings geringer, wenn wir von den chronischen Fällen die Paranoiden sensu strictiore und von den akuten die sämtlich schwer verlaufenden Manischen (inkl. Zirkulären), die Katatonien und die akuten Verblödungen abziehen. Immerhin besteht auch dann noch ein Verhältnis von 28 % zu 33 %, woraus sich ergibt, daß die verschiedenen akuten Fälle als Gesamtheit Neigung zu größerer Schwankungsbreite haben, indem sie sich entweder draußen halten oder dann stark verblöden. Diese Konstatierung bekommt noch mehr Bedeutung, wenn man erwägt, daß 38 % der Aufnahmen in die Heilanstalt akut begonnen haben, und daß sie dort zum großen Teil gut verlaufen sind, während die Pflegeanstalt 24 % akut beginnende aufweist.

Es ist bemerkenswert, daß die Fälle mit manischem, melancholischem und halluzinatorisch-verwirrtem Beginn in der Pflegeanstalt seltener zu finden sind. Wir treffen unter den Schizophrenen

---

[1]) 55 % der Schizophrenen in Rheinau sind über 50 Jahr alt, 85 % über 40.

[2]) Unsere Gemeinden versorgen nicht viel Geisteskranke in den Armenhäusern.

	mit manischem Beginn	mit melancholischem Beginn	mit halluzinatorisch verwirrtem Beginn
in der Pflegeanstalt	1 %	5 %	8 %
aber unter denen der Heilanstalt	5 %	9 %	11 %.

Zu den Manischen und Melancholischen der Pflegeanstalt sind noch die Zirkulären hinzuzurechnen, die 1 % ausmachen.

Dafür finden wir aus einleuchtenden Gründen primär Verblödete in der Pflegeanstalt 20 % gegen 7 % in der Heilanstalt. Die anderen Initialformen lassen sich wegen der verschieden geführten Krankengeschichten nicht vergleichen.

Wir sehen also auch hier, daß die manisch-depressiven Formen entweder in den anfallsfreien Zeiten sich draußen halten können, oder dann ganz verblöden. Der melancholische Symptomenkomplex hat Tendenz zu einem ähnlichen Verhalten; da dazu aber Zustände verschiedener Genese gezählt werden (Angst!), drückt sich das Verhältnis hier weniger deutlich aus. Die halluzinatorischen Verwirrtheiten gehören zum größten Teil dem schizophrenen Krankheitsprozeß selbst an, daher der noch geringere Unterschied[1]).

Die Prognose der üblichen Untergruppen „Paranoid, Katatonie, Hebephrenie" läßt sich aus dem Pflegeanstaltsmaterial nicht gut bestimmen. Diese Einteilung paßt nicht für die Endzustände der Anstaltspatienten, bei denen meist doch die „Verblödung" im Vordergrunde steht (und nicht besser für diejenigen, die sich draußen halten, deren Signatur Gleichgültigkeit, Bizarrerie, Neigung zu sonderbaren Einfällen, Reizbarkeit oder Wahnideen sind).

Ich habe versucht, Gruppen nach den Anfangszuständen oder Anfangssymptomen zu bilden (vgl. Tabelle. Mehr ins Detail zu gehen, erlaubten die Krankengeschichten nicht).

Die Pflegeanstalts-Patienten nach Beginn und Ausgang.

Beginn	Männer		Frauen		Total	
Akute	gut	schlecht	gut	schlecht	gut	schlecht
Manie	—	—	—	5	—	5
Melancholie	3	1	5	16	8	17
Halluzinationen	5	9	7	17	12	26
Katatonie	1	6	1 (1)	13	2 (1)	19
Zirkulär	—	2	— (1)	2	— (1)	4
Verblödung	—	3	—	3	—	6
Verblödung mit Wahn ..	1	1	2	7	3	8
		Summe der akuten Fälle			25	85

[1]) Auch *Bertschinger* (die Verblödungspsychosen in der kantonalen zürcherischen Pflegeanstalt Rheinau. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 58)

Beginn	Männer		Frauen		Total	
Chronische	gut	schlecht	gut	schlecht	gut	schlecht
Nervosität	1	—	—	2	1	2
Katatonie	—	5	1	10	1	15
Halluzinationen	—	—	1	—	1	—
Verblödung	18	29	12 (+2)	33	30 (+2)	62
Verblödung mit Halluzinationen	4	18	5	19	9	37
Verblödung mit Wahn	18	26	15	46	33	72
Verblödung mit Wahn u. Halluz.	8	4	2	19	10	23
Wahn	2	1	1	2	3	3
Paranoid i. eng. Sinn	18	3	27	10	45	13 (1)
Paranoid in Anfällen	1	—	—	2	1	2
Summe der chronischen Fälle					134	229
Summe aller Fälle					159	314
					473	
Davon mit späteren katatonischen Symptomen	9	36	5	64	14	100

Die eingeklammerten Zahlen beziehen sich auf nicht scharf rubrizierbare Fälle.

Das Resultat ist ein sehr mageres. Erwähnenswert ist nur folgendes:

Chronisch oder nachträglich in den Vordergrund kommende katatone Symptomenkomplexe haben eine ganz schlimme prognostische Bedeutung. Während sich unter den leicht Verblödeten 15 solcher Fälle befinden (9 %), zählen wir unter den nicht einmal doppelt so zahlreichen Schwerkranken deren 115 (36 %)[1]. In Wirklichkeit ist der Unterschied noch viel größer, denn 11 der als leicht krank bezeichneten befinden sich in Neu-Rheinau, wo schwere Fälle viel eher arbeiten und sich sozialer halten können als im Burghölzli oder in Alt-Rheinau; es sind Leute, die nach meiner 22 jährigen Erfahrung in den beiden Anstalten alle oder fast alle an den letzteren Orten als asozial gelten würden. Einer von ihnen hatte zudem die nachträglich einsetzenden katatonen Symptome nur während eines akuten Anfalles. So bleiben nur 4 Fälle (2,5 %) übrig. 4 Fälle wollen aber nichts sagen; denn unser Unterscheidungsvermögen für das, was kataton ist, und was nur den Anschein eines solchen Symptoms erweckt, ist so gering, daß einige solcher Ausnahmen vorkommen müßten, auch wenn eine bestimmte Klasse von Symptomen mit Sicherheit zu starker Verblödung führte. So möchte ich den Satz *E. Meyers*, daß die lenteszierenden Katatonien eine ganz

---

findet bei ganz akut beginnenden Formen mit mehreren interkurrenten Heilungen die ganz tiefen Grade der Verblödung. Er hat aber die große Zahl der „geheilt" bleibenden ignorieren müssen.

[1]) 50 % der chronischen schwer Verblödeten.

schlimme Prognose haben, auch auf die andersartig beginnenden Fälle ausdehnen, die im späteren Verlaufe chronisch katatone Symptome zeigen.

Im ganzen haben 43% der in unseren Anstalten hängen gebliebenen Fälle ganz schwerer Verblödung katatone Symptome im Vordergrund gehabt, davon 37% in chronischer Weise, und nur in 6% waren akute Katatonien vorausgegangen. Die Endzustände der akuten Katatonie, die in der Heilanstalt etwa ein Drittel aller Kranken umfaßt, finden sich überhaupt nur selten in der Pflegeanstalt; in meinem Material bilden sie 5% aller Schizophrenen, 1% der gutartigen und 6% der schweren Fälle. Katatonien, die im ganzen Verlauf chronisch gewesen wären, habe ich 3% gefunden und nur eine derselben (von 14) befindet sich in einem leidlichen Zustande. Die Fälle dagegen, in denen erst im späteren Verlaufe in chronischer Weise katatone Symptome aufgetreten sind, machen 24% des Materials aus und rangieren fast alle zu den ganz schweren Verblödungen.

Vielleicht hat es auch eine Bedeutung, daß unter den Fällen, die wegen Halluzinationen und Verblödung zugleich in die Anstalt kommen, nur ein Viertel sich gut halten. Ich sage „vielleicht", weil die Zahlen zu klein sind in Anbetracht der schwierigen Trennung von den anderen Kategorien, wo Verblödung allein oder in Verbindung mit Halluzinationen oder Wahnideen notiert sind.

Sehr deutlich aber hebt sich eine Gruppe heraus, die ich in Ermangelung eines passenden Namens als „Paranoid im engeren Sinne" bezeichne. Es handelt sich um Fälle chronischer halluzinatorischer Paranoia der alten Auffassung, die aber weder manische noch katatone. Symptome zeigen, noch so weit die Haltung verlieren, daß sich ihr Benehmen nicht direkt als logische Folge der Wahnideen erklären ließe. Es gehören hierher nicht nur die *Kraepelin*sche Dementia paranoides, sondern auch Fälle, die viel schleichender beginnen, und dann der (in unserem Material fehlende) präsenile Beeinträchtigungswahn und andere ähnliche Formen.

Von diesen Fällen befinden sich 44 unter den relativ gut verlaufenden, während nur 13 zu den schlimmen zählen, und diese 13 sind noch viel zu viel. Sie sind alle in Alt-Rheinau. Dort ist zwar die Arbeitstherapie seit 40 Jahren, d. h. seit Eröffnung der Anstalt, viel besser durchgeführt als in den meisten anderen Anstalten (es ist dies auch für die neueste Zeit noch richtig), aber es ist trotz aller Bemühungen noch nicht gelungen, den mit 450 „Spitalern" in die alten Klosterräume eingezogenen mehrhundertjährigen Spiritus loci der alten Irrenanstalt (und vielleicht auch den des Klosters) ganz auszutreiben. Es ist also dort einem Paranoiden viel eher möglich, sich in seinen Wahnideen zu verpuppen und asozial zu erscheinen oder doch die Arbeit ganz aufzugeben. Ich bin überzeugt, daß die nämlichen Kranken, wenn sie seinerzeit gleich in nur annähernd

so gute Verhältnisse übersiedelt worden wären, wie Neu-Rheinau sie bietet, alle oder doch fast alle jetzt zu den „Guten" zählen würden.

Diese Gruppe so zu charakterisieren, daß man sie von Anfang an erkennen könnte, wäre nun eine dankbare Aufgabe. Es scheint aber, daß es — wenigstens nach unseren jetzigen symptomatologischen Kenntnissen — unmöglich sei. Mit großer Wahrscheinlichkeit kann man hierzu zählen die relativ rasch unter Halluzinationen einen Haufen von konfusen Wahnideen entwickelnden Kranken, die doch ihre Haltung bewahren, und dann diejenigen, die erst jenseits der Vierzigerjahre chronisch oder subakut unter solchen Symptomen erkranken. Notwendig für die Zugehörigkeit zu dieser günstig verlaufenden Klasse ist ferner, daß nicht nur keine katatonen Zeichen vorhanden seien, sondern daß die Kranken nie den Kontakt mit der Umgebung verlieren, nicht in einem Märchen fortleben, das nicht in Beziehung mit der Wirklichkeit gebracht wird, daß sie sich nicht abschließen — wenigstens nicht ohne logischen Grund —, und daß sie eine gewisse Energie behalten. Zu ihnen gehören namentlich auch die Formen, bei denen allgemeine Halluzinationen der Körperempfindungen, Elektrisiertwerden, gemachter Gedankenstillstand, hypnotische Beeinflussungen u. dgl. fehlen oder zurücktreten. Das Umgekehrte allerdings kann man nicht sagen: es gibt unter den gut verlaufenden Fällen viele, die eine Maschine im Kopf hatten oder überall Giftwirkungen spürten.

Sie sehen, ich bin über die *Kraepelin*sche Idee der Dementia paranoides und des präsenilen Beeinträchtigungswahnes kaum hinausgekommen. Ich sage wohl auch nichts Neues, wenn ich hinzufüge, daß in dieser Untergruppe vor den Dreißigerjahren Erkrankte selten sind, daß aber auch bald nach der Pubertät Ergriffene nicht ganz fehlen, ferner, daß *Lugaro* die ansprechende Hypothese aufgestellt hat, daß bei gleich starkem Krankheitsprozeß die älteren Leute mit gefestigten und eingeübten psychischen Mechanismen weniger die Haltung verlieren müssen als die juvenilen Kranken[1]).

Eine scharfe Abgrenzung dieser paranoiden Untergruppe ist deshalb noch nicht möglich, weil es für unser jetziges Wissen eine Menge Übergangsformen gibt; d. h. Fälle, die später anders verlaufen, oder z. B. früher einmal katatone Symptome gezeigt haben, können längere oder kürzere Zeit von diesen Paranoidformen nicht zu unterscheiden sein, so daß man in den ersten Jahren nie sicher ist, ob nicht doch noch andere Symptome auftreten.

Zu einem Versuch, die Richtungsprognose der einzelnen Untergruppen zu bestimmen, konnte ich nur 125 Patienten, die ich noch unter Augen habe, verwerten. Ich rubrizierte die Kranken nach den Anfangs- und Endsymptomen. Wenn man etwas aus den kleinen Zahlen schließen darf, so ist es das, daß die katatonen

[1]) Natürlich könnte es auch so sein, daß viele günstigere Fälle später beginnen.

Formen, wenn sie nicht zu einer Art Heilung kommen, in der Regel kataton bleiben, daß aber katatone Symptome gerne zu allen schweren Verblödungen hinzukommen, ferner, daß die eigentlichen Paranoiden solche bleiben (was übrigens selbstverständlich ist, da wir die mit später auftretenden andern Erscheinungen nicht dazu zählen); aber auch eine Anzahl „verdächtiger" Paranoider behielt dauernd die paranoiden Symptome im Vordergrund, während andere, mit ganz paranoiden Wahnideen beginnende Krankheiten später deutlich katatonisch geworden sind. Diese letzteren hatten aber alle von Anfang an etwas Steifes in Haltung und Gedankengang, waren nie so beweglich wie die eigentlichen Paranoiden im engern Sinne. Alle acht sind Frauen, was nach meinen sonstigen Erfahrungen nicht ganz zufällig sein wird [1]). Um andere Geschlechtsunterschiede herauszufinden, ist das Material viel zu klein.

Kraepelin hat die Vermutung ausgesprochen, daß der Ausgang mit ein Charakteristikum natürlicher Untergruppen sei. In bezug auf die Art und die Richtung des Verlaufes ist das selbstverständlich zutreffend, wenn es überhaupt natürliche Untergruppen in der Dementia praecox gibt. Es braucht aber nicht richtig zu sein quoad Grad der Verblödung und k a n n nicht richtig sein, wenn es wahr ist, daß die meisten oder alle Schizophrenieformen in jedem Stadium Halt machen können. Wer das vergißt, wird Gefahr laufen, die Streckenprognose mit der Gruppenprognose zu verwechseln. Es gibt z. B. Fälle mit Wahnideen im Vordergrund, die sich aber bei genauem Zusehen deutlich von unseren „Paranoiden im eigentlichen Sinne" unterscheiden: sie haben wenig Energie und Konsequenz, behalten die Ideen möglichst für sich, ziehen sich zurück; man hat geringen Rapport mit ihnen; sie sind steif im Denken und Handeln. Man bekommt den bestimmten Eindruck, daß eine ganz leichte Steigerung der Krankheit sie zu chronischen Katatonikern stempeln würde, während sie jetzt unter der Flagge des Paranoids im weiteren Sinne segeln. Es sind das also nach unserer Auffassung eigentlich Katatonien, die stille stehen, bevor es zur Ausbildung schwererer Symptome gekommen ist. Viele solche Fälle werden denn auch mit der Zeit wirklich katatonisch.

---

[1]) Unter den katatonisch beginnenden Pflegeanstaltspatienten waren 12 Männer und 26 Frauen; dazu sind 45 Männer und 69 Frauen später katatonisch geworden. In Summa haben 30 % der Männer und 33 % der Frauen katatone Symptome im Vordergrund. In der Heilanstalt bilden die katatonen Formen 25 % der männlichen Schizophrenen, aber 42 % der weiblichen. Frauen haben also in den akuten Formen eine größere Tendenz zur Entwicklung katatoner Erscheinungen, während sich bei den Pflegeanstaltspatienten der Unterschied ausgleicht. Ich möchte noch hinzufügen, daß von den einzelnen Symptomen der Negativismus überhaupt viel häufiger bei Frauen erscheint — wenigstens den männlichen Ärzten gegenüber.

In diesem Sinne muß es leichte Verblödungen bei jeder oder doch den meisten der bisherigen Untergruppen geben. Bei jeder derselben können aber auch schwerere vorkommen. Nur erscheinen uns diejenigen Fälle weniger schwer, deren Richtung nicht zu einer Abschließung nach außen führt, so daß sie eine gewisse soziale Haltung, manchmal gepaart mit Arbeitsfähigkeit, behalten. Letzteres trotz weiterem Fortschreiten anderer Symptome; gibt es doch voll arbeitsfähige Kranke, die in monatelangem Schwatzen keinen vernünftigen Satz sagen können.

Über die Ursachen dieser verschiedenen Krankheitsarten und über ihr Verhältnis zueinander ins Klare zu kommen, muß leider gänzlich zukünftigen Forschungen überlassen werden.

Die *Kraepelin*sche Voraussetzung möchte ich auch deshalb nicht aufrecht erhalten, weil psychische Einflüsse definitive Verschlimmerungen so gut wie „Heilungen" bewirken können. In solchen Fällen ist also der Ausgang etwas rein Zufälliges.

So konnte ich die Hoffnung *Kraepelins*, durch das Studium der Prognose abgrenzbare Krankheitstypen zu finden, so wenig erfüllen, wie die vielen Berufeneren, die sich seit Jahrzehnten mit der Aufgabe beschäftigt haben. Ich glaube, daß man es aufgeben sollte, mit den jetzigen Mitteln und Betrachtungsweisen nach Krankheitsbildern innerhalb der Dementia praecox zu suchen.

Ich habe dazu noch andere Gründe:

Die chronischen katatonen Symptome sind ein Zeichen schlechter Prognose. Sie treten gleichmäßig nach den verschiedensten Arten des Beginnes auf. Sie sind also unter keinen Umständen zu einer Klassifizierung zu benutzen. Dafür kann man sie als ein Zeichen stärkerer Hirnaffektion betrachten[1]).

Umgekehrt kann es mit dem Paranoid im engeren Sinne sein. Wir sehen davon nicht unterscheidbare Erscheinungen im Anfang verschieden verlaufender Krankheitsformen; so daß der Übergang zu andern Typen als eine bloß quantitative Verschlimmerung des Krankheitsverlaufes erscheinen muß. Es sind also, wie oben ausgeführt, diese Paranoide möglicherweise nichts als leichtere Fälle, die durch zufälliges Zusammenwirken von Komplexen, Erlebnissen und bestimmter Charaktereigenschaften zur Produktion von Wahnideen veranlaßt worden sind.

So kann ein Teil unserer bisherigen Untergruppen rein quantitative Bedeutung haben.

Es scheint mir ferner unwahrscheinlich, daß unter allen Umständen die Prognose des Verblödungsgrades ein integrierender Bestandteil des Gruppenbegriffes werde. Bei so vielen anderen Krankheiten ist es einfach

[1]) Vielleicht muß in diesem Zusammenhang auch erwähnt werden, daß sie bei Paralyse und Dementia senilis gelegentlich zu finden sind.

unmöglich vorauszubestimmen, wie weit der einzelne Schub fortschreitet, und ob ihm weitere Schübe folgen werden. Wir können ja nicht voraussagen, wie weit eine beginnende Pneumonie fortschreiten, und wie viele Rezidive einem Gelenkrheumatismus folgen werden. — Diese Erkenntnis darf uns nicht entmutigen, auf anderem Wege zu suchen; und nachdem ich gezeigt habe, wie man es nicht mehr machen soll, möchte ich mir erlauben, Sie auf einige Gesichtspunkte aufmerksam zu machen, die zu neuen Fragestellungen führen.

Zunächst sollte man betonen, daß die Prognose nicht nur von der Krankheit, die wir nach dem Symptomenkomplex diagnostizieren und benennen, abhängig ist, sondern daß sie bedingt ist durch eine große Anzahl anderer Faktoren, deren Wirkungen sich vielfach durchkreuzen und kompensieren. Wir müssen uns deshalb entschließen, die einzelnen Faktoren und ihre Einflüsse gesondert zu betrachten.

In dem Begriff der Prognose selbst stecken mancherlei verschiedene Unterbegriffe. Speziell bei der Dementia praecox kommen zunächst in Betracht:

Wird der Kranke verblöden?

In welcher Weise wird er verblöden? (in hebephrener, katatoner, paranoider Weise?)

Wie weit wird die Verblödung fortschreiten?

Wie schnell wird sie fortschreiten?

Werden sich Symptome zurückbilden? welche? wie weit? wie schnell?

Sind Rezidive oder neue Schübe zu erwarten? Wann?

Auf den Unterschied der General- und Spezialprognose will ich hier nur aufmerksam machen.

Es sollte aber eine Generalprognose nicht nur für die ganze Krankheit, sondern auch für jede Untergruppe geben. Wäre die Auffassung richtig, daß jede Gruppe ihre genau definierte Prognose hätte, so enthielte die Generalprognose der Gruppe auch die Spezialprognose. Leider trifft die Voraussetzung bis jetzt nur insofern zu, als eine akute Verblödung und eine chronische Katatonie, die einmal ausgesprochen sind, sich nicht mehr weit zurückbilden. In allen anderen Fällen ist die Generalprognose der Untergruppe gerade so wenig bestimmt wie die der ganzen Krankheit.

Gibt es wirklich natürliche Untergruppen der Schizophrenie, so sollte auch eine Gruppenprognose in dem Sinne ausgebildet werden, daß man beim Beginne sagen könnte, welcher der Gruppen die spezielle Psychose im späteren Verlauf angehören wird. Diesem Bedürfnis kann aber unsere Einteilung, die eine künstliche ist, nicht gerecht werden. Bei allen Initialformen können sich später katatone Symptome vordrängen, während allerdings umgekehrt Katatonien, so weit sie nicht als akute Erscheinungen vorübergehend sind, die Neigung haben, solche zu bleiben. Ebenso behalten

die Dementia paranoides (*Kraepelin*) und der präsenile Beeinträchtigungswahn ihren Charakter. Das kommt aber zum Teil nur davon her, daß wir die Fälle, die den Charakter wechseln, nicht mehr zu diesen Formen zählen. Wir wissen also über die Gruppenprognose in diesem Sinne noch nichts. Sie wird einmal wichtig werden, wenn innerhalb der Hauptgruppe einzelne spezielle Krankheiten abgegrenzt werden können.

Die Generalprognose der Dementia praecox ist jedem, der den von *Kraepelin* geschaffenen Begriff erfaßt hat, klar. Sie bestimmt bloß das Qualitative, die Richtung auf einen spezifisch gearteten Zustand hin, den wir mit dem unklaren und viel zu allgemeinen Namen der Verblödung [1]) bezeichnen. Wie groß die Strecke ist, die vom Krankheitsprozeß zurückgelegt wird, wie stark also die schließliche Verblödung sein wird, sagt die Generalprognose nicht [2]). Sie läßt dem einzelnen Falle einen weiten Spielraum, so daß die Spezialprognose bei dieser Krankheit von ungewöhnlicher Wichtigkeit ist.

Mit ihr fällt bei unserem jetzigen Wissen zusammen die Streckenprognose, die uns sagen sollte, eine wie große Strecke die Krankheit auf ihrem Wege zur spezifischen Verblödung zurücklegen wird. Diese quantitative Streckenprognose kann nicht scharf genug getrennt werden von der qualitativen Richtungsprognose. Sie muß natürlich ebenso gut bei den einzelnen Untergruppen in Betracht gezogen werden, wie bei der ganzen Krankheit. Für die Streckenprognose der Dementia praecox gilt jetzt noch das, was *Kahlbaum* seinerzeit für seine Katatonie festgestellt hat: Der Prozeß kann in jedem Stadium Halt machen. Er kann aber auch in jedem Stadium wieder weiter schreiten.

Wer sich das klar gemacht hat, dem wird die viel umstrittene Frage der Heilungsfähigkeit der Dementia praecox weniger bedeutungsvoll erscheinen. Macht die Dementia praecox früh Halt, so mag der Patient nicht nur dem Laien, sondern auch manchem Psychiater als geheilt erscheinen; jedenfalls können viele im sozialen Sinne als geheilt betrachtet werden.

Hat kein akuter Anfall die Krankheit manifest gemacht, so müssen solche Fälle latent bleiben. Latente Schizophrenien sind offenbar sehr häufig, wenn man nach den Fällen schließen darf, die nur zufällig durch

---

[1]) Bei der Abgrenzung von gewissen anderen Psychosen, besonders dem manisch-depressiven Irresein, das nicht zu einer Verblödung führt, hat die Verblödungstendenz an sich, nicht nur die spezifische Art der Verblödung, ihre Bedeutung. In unserem Zusammenhang kommt das nicht in Betracht.

[2]) Das muß leider immer wieder betont werden gegenüber dem Mißverständnis, das in dem hohen Grad der Verblödung, in dem „schlimmen Ausgang", ein Charakteristikum der Krankheit sieht.

eine von außen ausgelöste, vorübergehende Aufregung einmal für kurze Zeit in die Anstalt kommen, oder die man in der Sprechstunde oder im Leben kennen lernt. Auch die große Zahl der Schizophrenen, die nach einem Anstaltsaufenthalt wieder heiraten und überhaupt als gesund gelten, weist mit Sicherheit darauf hin. Viele der *Magnan*schen Dégénérés wie der paranoid Veranlagten anderer Autoren sind nach unserer Auffassung verkannte Schizophrene.

Es steht nun im Belieben des einzelnen, diese anhaltenden Besserungen, die den Kranken fähig machen, sein früheres Leben fortzuführen, als Heilungen aufzufassen oder nicht. Dieses Belieben ist von vielen Faktoren abhängig. Einer der wichtigsten ist die Zeit, die der Arzt zur Verfügung hat, um den Abgangsstatus genau festzustellen; die anderen verstehen sich von selbst.

Meine Erfahrungen allerdings führen mich in Übereinstimmung mit *Aschaffenburg* zu der Ansicht, daß es keine Heilung der Schizophrenie im Sinne einer Restitutio ad integrum gibt. Obschon die große Mehrzahl der Schizophrenen, die einmal die Anstalt passiert haben, dauernd draußen lebt und zum großen Teil als gesund gilt, habe ich folgende Gründe zu dieser Ansicht:

So oft ich eine von andern diagnostizierte Heilung nachprüfen konnte, fand ich noch Residuen der Krankheit. Manchmal machte diese Heilungsdiagnose geradezu den Eindruck eines schlechten Witzes, indem die Entlassenen, ohne daß sie sich verändert hätten, schleunigst wieder in eine Anstalt gebracht werden mußten.

Ich selber habe noch keinen Fall behandelt, der sich zur Zeit der Entlassung oder einer späteren Vorstellung bei genauer Untersuchung ganz frei von Zeichen der Krankheit gezeigt hätte. Auch bei den Katamnesen, die ich durch die Organe unseres Hilfsvereins aufnehmen lasse, habe ich noch nie von einem Fall erfahren, bei dem eine Heilung im strengen Sinne wahrscheinlich war. Das ist sehr auffallend; denn auch dann, wenn eine Anzahl von Kranken zu finden wäre, bei denen man die Krankheit nicht mehr nachweisen könnte, so würde das bei dem jetzigen Stand unserer Untersuchungsmethoden noch gar nichts gegen die Unheilbarkeit der Krankheit sprechen.

Ich kenne allerdings noch Patienten, die im Leben ganz Hervorragendes leisten, ohne daß ich Heilung annehmen müßte. Kaufleute, die selbständig ein größeres Geschäft in die Höhe bringen, Beamte, Pfarrer, einen Dichter, einen Gelehrten von Weltruf, der zwei Anfälle von Katatonie durchgemacht hat, der vor kurzem wieder eine wissenschaftliche Arbeit mit der ihm eigenen Schärfe geschrieben hat, und mit dem über wissenschaftliche Dinge zu reden ein hohes Vergnügen war, auch als er noch an eigentlichen Wahnideen litt. Als ich ihn aber zuletzt als durchaus arbeitsfähig sah, machte er die gröbsten logischen Fehler, wenn man mit ihm über die Komplexe sprach, die in seiner Krankheit eine Rolle gespielt

hatten. Eine eigentliche Heilung möchte ich es nun nicht nennen, wenn durch die Krankheit bestimmte Ideenkomplexe dauernd von der Logik abgespalten werden. — Ich begreife aber, daß Ärzte, die nicht nach solchen Dingen suchen, eine Menge Heilungen feststellen.

Ein fernerer Grund, die Unheilbarkeit der Krankheit anzunehmen, liegt darin, daß man in den meisten Anstaltsfällen mit chronischem Verlauf ein ganz leises, aber konstantes Zunehmen der Verblödung konstatieren kann, das nicht wohl psychisch zu erklären ist, daß die akuten Fälle so gerne rezidivieren, und daß bei allen Formen die Neigung, auf Schädlichkeiten, wie Alkohol und affektive Reizungen, in abnormer Weise zu reagieren, so häufig bestehen bleibt.

Auf psychischem Gebiet sehen wir, daß bei einer Exacerbation regelmäßig die im früheren Anfall entwickelten Ideen in irgend einer Form aufgenommen werden; auch das zeigt, daß psychische Relikte der Krankheit nicht ganz überwunden werden konnten.

Man sollte nach dieser Auffassung von Schüben der Dementia praecox und nicht von Rezidiven reden, wenn es sich um ein neues Aufflackern des Krankheitsprozesses handelt. Immerhin ist das Wort Rezidiv im uneigentlichen Sinne noch sehr bequem als allgemeine Bezeichnung der akuten Erscheinungen, die ja nicht alle die Dignität von Schüben haben.

Die Streckenprognose. Ist es auch für absehbare Zeit ziemlich hoffnungslos, nach Anhaltspunkten für eine genauere Prognose quoad Quantität der Verblödung zu suchen, so ist es doch notwendig, sich die Faktoren klar zu machen, aus denen sich die Streckenprognose zusammensetzt.

Von Bedeutung müssen natürlich die unbekannten persönlichen Eigenschaften sein, die man unter dem Namen Disposition zusammenfaßt. Wir haben indes gesehen, daß Heredität und Kräftezustand, die einzigen Komponenten der Disposition, die wir zurzeit fassen können, für die Prognose irrelevant sind. Die anderen Faktoren sind noch zu suchen.

Ob die Streckenprognose abhängig ist von der Unterform der Krankheit, wissen wir, wie angeführt, noch nicht. Sicher aber kommen zufällige äußere Einflüsse in Betracht. Der Kranke, der aus Neigung oder gezwungen ein unregelmäßiges Leben führt, das ihn vielen Gemütsbewegungen aussetzt, hat ceteris paribus mehr Chance wieder zu erkranken als ein ruhig Lebender. In zweien meiner Fälle hat sich die definitive Wiedererkrankung an zufällige Begegnung mit dem früheren Geliebten angeschlossen. Es ist mir auch unzweifelhaft, daß die Behandlung sehr viel ausmacht. Je früher die Kranken dem normalen Leben wieder gegeben werden, je weniger man sie sich in ihre Ideen einspinnen läßt, um so eher bleiben sie sozial tüchtig.

Daß Entbehrungen und Ausschweifungen an sich die Prognose verschlechtern, habe ich noch nicht gesehen; ebenso wirkt

der Alkohol nur indirekt deletär, indem er auch leichte Schizophrenien auf seine verschiedenen Weisen in der Gesellschaft unmöglich macht.

Soll die Streckenprognose nicht nur den Ausgang des aktuellen Anfalles, sondern die ganze Zukunft des Patienten betreffen, so hat sie auch mit der Neigung zu neuen Schüben (Rezidiven) zu rechnen.

Alle diese Faktoren sind aber erst im einzelnen zu erforschen. Statt der Streckenprognose müssen wir zunächst versuchen, eine genaue Diagnose des Verblödungsgrades, oder mit anderen Worten der nicht mehr rückbildungsfähigen Zustände zu machen.

Das ist nun nicht so leicht. Wer meint, durch eine „Intelligenzprüfung" von einigen Stunden oder auch Tagen einen schizophrenen Blödsinn zu diagnostizieren oder auszuschließen oder gar graduell zu bestimmen, der muß eine total andere Idee von der Dementia praecox haben als die *Kraepelin*sche Schule. Man geht vor, wie wenn das, was der Kranke früher gewußt und verstanden hat, verloren ginge; man vergißt gänzlich, daß sich überhaupt auf einem zeitlichen Querschnitt diese Art Blödsinn gar nicht darstellen läßt. Was wir so nennen, kann ja zeitlich innerhalb maximaler Grenzen schwanken. Namentlich haben äußere Umstände oft ausschlaggebenden Einfluß; der gleiche Kranke, der sich in der Anstalt total blödsinnig oder widersinnig benimmt, kann zu Hause auf einmal an allen Arbeiten teilnehmen und den Verwandten in allen Beziehungen gesund erscheinen. Der Patient kann einen absoluten logischen Defekt zeigen, wenn es sich darum handelt, seine Stellung zu der Umgebung zu erfassen. Gar nicht selten ist er außerstande, den einfachen Schluß zu ziehen: „wenn ich mich in der Anstalt asozial benehme, so kann man mich nicht entlassen", obgleich ihm die Materialien zu dem Schlusse täglich geboten werden und er die einzelnen Elemente so gut erfaßt wie ein Gesunder. Er glaubt im Gegenteil zu seiner schlechten Aufführung einen guten Grund zu haben gerade in dem Bestreben aus der Anstalt fortzukommen. Der gleiche Kranke kann aber eine wohlgesetzte stündige Rede halten, in der er die meisten seiner Zuhörer von seiner Gesundheit überzeugt, in der er sehr berechnet alles wegläßt, was seiner Absicht widerspricht, und nach Belieben hinzudichtet oder hinzudreht, was für ihn günstig ist; er kann komplizierte Arbeiten ausführen, ein Schulwissen haben, um das der Arzt ihn beneiden kann, und dasselbe noch verstehen und richtig anwenden; er kann raffinierte Fluchtpläne machen, durch Betrug ganz gescheite Leute hinters Licht führen usw. Er kann zu einer bestimmten Zeit alles einsehen, was man ihm begreiflich machen will, um eine Stunde oder auch einige Sekunden später in den gleichen Dingen absolut verständnislos zu sein. Er kann über sein Leben eine Zeit lang ausgezeichnet erzählen und dann bei einem bestimmten Punkte eine Sperrung bekommen und nun blödsinnig erscheinen. Der Schizophrene ist eben nicht blödsinnig schlechthin, sondern er ist blödsinnig

mit Bezug auf bestimmte Fragen, auf bestimmte Zeiten, auf bestimmte Komplexe.

Von jeher war man bemüht, in akuten Zuständen die Diagnose der eintretenden Verblödung möglichst früh zu machen, und hat einige ganz brauchbare empirische Regeln gefunden, mit denen man aber nicht weiter kommen kann. Von unserem Standpunkte aus betrachtet sieht das Problem folgendermaßen aus: Die Syndrome, die wir akut nennen, bilden sich zurück. Es sind zum Teil solche, die einen gewissen Schluß auf die Art und Stärke des schizophrenen Prozesses zulassen, wie gewisse Assoziationsstörungen, zum andern Teil aber Erscheinungen, die auch bei andern Erkrankungen vorkommen und weder auf die Art des Prozesses *noch* auf seine Stärke schließen lassen, so die manischen und depressiven Symptome. Unsere Aufgabe ist also, hinter den allgemeinen Erscheinungen das Schizophrene herauszufinden und dann aus diesen Symptomen wieder diejenigen dem Grade nach zu schätzen, die mit Wahrscheinlichkeit oder mit Sicherheit bestehen bleiben.

Bei den Anfällen mit manischem und den meisten mit melancholischem Charakter ist es ziemlich leicht, die spezifischen Symptome der Schizophrenie, die Störung der Assoziationen und die der Affektivität zu sehen; je ausgesprochener diese sind, um so schlimmer die Prognose, denn gerade diese Störungen bilden sich am wenigsten zurück. Auch die katatonen Symptome haben die Bedeutung, daß sie uns hinter der Affektschwankung einen schizophrenen Prozeß anzeigen, der im großen und ganzen um so gefährlicher ist, als diese Erscheinungen ausgesprochener sind. Doch muß man hier schon vorsichtiger sein mit den Schlüssen, da sie *sich*, so lange die Krankheit akuten Charakter hat, gewöhnlich zurück*bilden*, und da wenigstens die melancholischen Zustände verschiedene Bedeutung haben [1]).

Auch in den Dämmerzuständen kommt es darauf an, die eigentlich schizophrenen Symptome zu schätzen und darnach die Prognose zu stellen. Man darf aber nicht vergessen, daß bis zum Ablauf des akuten Syndroms die Schizophrenie Fortschritte machen kann, so daß nur die Konstatierung ausgesprochener Verblödungssymptome der Prognose eine größere Sicherheit gibt, während eine günstige Prognose immer durch den Ausgang umgestoßen werden kann.

Schwieriger gestaltet sich diese Abschätzung bei den anderen akuten Zuständen. Vollständige Verwirrung und Stupor lassen sich eben meist

---

[1]) In neuerer Zeit sagt man, daß die katatonen Symptome beim manisch-depressiven Irresein häufig seien. Ich habe bei dieser Krankheit bis jetzt noch kein Symptom beobachtet, das auch nach der Analyse im gleichen Sinne kataton gewesen wäre wie diejenigen bei der Schizophrenie. Vielleicht kommt das davon her, daß wir in den letzten Jahren ausnahmsweise wenig manisch-depressive Patienten zu sehen bekamen.

schwer analysieren; doch bleiben ja solche Syndrome selten ganz beständig auf dem Maximum; dann geben etwas klarere Zeiten Anhaltspunkte. Maßgebend ist hier das Verhältnis der schizophrenen Symptome zu den andern. Je stärker die Verwirrung oder der Stupor ist, um so weniger haben die katatonen und schizophrenen Symptome zu bedeuten. Sind sie in die Augen fallend auch bei anscheinender Klarheit, so ist der Grundzustand weiter fortgeschritten; doch gilt dies natürlich nur ceteris paribus.

In den chronischen Zuständen ist potentia eine weitgehende Besserung immer möglich. Eine Versetzung z. B., die ein dutzendmal wirkungslos war, kann beim dreizehnten Mal eine Art Heilung herbeiführen. Daran, daß diese Tatsache meist nicht beachtet wurde, scheiterten zum großen Teil die bisherigen Bestrebungen, gute prognostische Gesichtspunkte zu gewinnen. Allerdings tritt eine weitgehende Besserung in Wirklichkeit selten ein, wenn die affektive Verblödung und der Abschluß gegen die Außenwelt einmal einen höheren Grad erreicht haben. Doch habe ich mit kaum einer unserer Aufnahmen der letzten 10 Jahre den Rapport verloren, so daß ich bei Versetzungen in die Pflegeanstalt niemals ein gewisses Bedauern unterdrücken kann, daß die doch noch zu erwartende Besserung nicht bei uns erzielt werden konnte.

Sie sehen, ich bin noch kaum weitergekommen als jeder von Ihnen. Wir werden aber klarer werden, wenn wir uns entschließen, die pathologische und damit die prognostische Bedeutung der einzelnen Symptome zu studieren. Vor allem müssen wir nach einer Unterscheidung streben zwischen den primären Symptomen, die dem Krankheitsprozeß angehören, und den sekundären, die erst durch Reaktion der kranken Psyche auf die Einflüsse der Umgebung und auf die eigenen Strebungen entstehen.

Eine Osteoporose kann sehr weit vorgeschritten sein, ohne Symptome zu machen, bis ein Trauma hinzukommt. Die eigentliche Krankheit und damit das Schwergewicht der Prognose liegt in der Knochenbrüchigkeit, die je nach äußeren Umständen Symptome machen kann oder nicht. Allerdings kann man aus dem Verhältnis der Symptome zu der Stärke ihrer Anlässe manchmal auf die Intensität der Erkrankung schließen — aber nicht immer. Ein starkes Trauma kann auch einen normalen Knochen brechen. Die Knochenbrüchigkeit ist das primäre Symptom, der Bruch bei leichtem Trauma das sekundäre. Ebenso ist eine Abduzenslähmung ein primäres Symptom; die Internuskontraktur und das Vorbeigreifen sind sekundäre Symptome. Die letzteren haben mit der Prognose der Krankheit nichts zu tun. Sie sind abhängig von Umständen, die gar nicht in der Krankheit liegen, z. B. davon, ob beide Augen, oder nur eines, oder keines bedeckt werde.

Um analoge Unterschiede in den Erscheinungsweisen der Schizo-

phrenie zu finden, besitzen wir bereits einige Anhaltspunkte: es gibt Symptome, die ausgelöst werden durch äußere Einflüsse; so die Schimpf- und Wutanfälle, die rein psychische Reaktionen des Kranken auf äußere Einflüsse sind, auch wenn sie längere Zeit dauern und mit Halluzinationen einhergehen. Gleiche Bedeutung haben die hysteriformen Dämmerzustände (mit Einschluß des *Ganser*schen Symptomenkomplexes). Da handelt es sich um einen Wunsch- oder Befürchtungstraum im Wachen, wie er durch affektive Ereignisse auch bei Hysterischen und anderen nicht Verblödenden mit labilem Nervensystem ausgelöst werden kann. Eine solche Patientin entwickelt z. B. in ihren Halluzinationen und Wahnideen Liebschaft, Heirat, Ehe, Gravidität und Mutterschaft. Dieser Traum ist nicht die Krankheit, sondern ein Zeichen der Krankheit, das durch bestimmte äußere und innere Verhältnisse ausgelöst werden muß. So kommt es, daß die Dämmerzustände eine sehr gute Prognose haben. Von 18 unserer Fälle ist nur ein einziger nicht ungefähr auf den früheren Stand zurückgekommen. Es handelt sich hier eben nicht um Krankheitsschübe, sondern um zufällige Episoden.

Es ist überhaupt selbstverständlich, daß der Krankheitsprozeß nicht die komplizierten, psychischen Symptome hervorbringt, die wir in erster Linie zu betrachten gewohnt sind. In ihm kann es nicht liegen, daß diese und jene Wahnidee, diese und jene Halluzination entsteht. Er kann nur gewisse elementare Störungen der Psyche schaffen, auf denen unter Mitwirkung auslösender und determinierender Ursachen Halluzinationen und Wahnideen entstehen. Es ist nicht der Krankheitsprozeß, der eine Kranke während langer Zeit unerträgliche Schmerzen im Unterleib empfinden läßt, sondern die Furcht und schließlich die Überzeugung gravid zu sein, die das bewirkt, nachdem die latent schizophrene, aber bis dahin ganz arbeitsfähige Witwe sich mit einem Nachbar vergangen hat. Die Schmerzen sind also eine Reaktion der kranken Psyche auf gewisse affektive Ereignisse und haben mit dem Krankheitsprozeß und also auch mit der Prognose nichts zu tun. In gleicher Weise ist das ganze Verhalten der Kranken, ob sie sich abschließen, ob sie arbeiten oder nicht, ob sie schmieren und vieles andere, im wesentlichen nicht primäres Krankheitssymptom, sondern Resultante einer Menge psychischer Vorgänge und äußerer Einflüsse.

Von der Abschließung wissen wir alle, wie launenhaft sie oft ist: die Kranken erscheinen gegenüber den einen Personen oder an den einen Orten ganz in sich eingesponnen, unter andern Umständen können sie sich aber wie Normale benehmen.

Den auffallendsten Beweis für die Auffassung, daß auch das, was man Blödsinn nennt, in der Hauptsache ein sekundäres Symptom ist, liefern die plötzlichen Besserungen anscheinend aussichtsloser Fälle bei psychischen Einwirkungen.

Als ich eine Anstalt übernahm, fand ich eine Patientin in einer Zelle, deren Türe wegen der Gefährlichkeit der Kranken nicht geöffnet

werden durfte, außer wenn vier Wärterinnen zugegen waren. Zur Weihnachtsfeier genommen hielt sich die Patientin tadellos; am Berchtoldstage produzierte sie sich mit Couplets, und nach einigen Monaten konnte man sie arbeitsfähig entlassen. Sie hat sich seit vielen Jahren draußen gehalten. Die ganze Gefährlichkeit war nicht direkte Folge der Gehirnkrankheit, sondern Reaktion auf die Vorsicht, resp. den Zwang der Umgebung. — Eine andere Kranke hatte sich während eines leichten melancholischen Stadiums in die Idee hineingearbeitet, sich das Leben zu nehmen und machte Tag und Nacht beständig Anstrengungen, sich zu verletzen, trotzdem alles versucht wurde, was man in solchen Fällen versuchen kann, mit Ausnahme des hier zu gefährlichen Ignorierens. Schließlich wandte man den Bettgurt an, mit dem Effekt, daß die Patientin sich ergab, sobald sie eingesehen hatte, daß nun jeder Versuch unnütz sei; nach wenigen Tagen konnte sie entlassen werden und bekam später von uns sogar das Zeugnis der Handlungsfähigkeit.

Zu den sekundären Symptomen rechne ich auch die affektive Verblödung[1]). Ich weiß mich da aber im Gegensatz zu den meisten Kollegen und kann hinzufügen, daß sich die Affektanomalie nicht gerade häufig zurückbildet, wenn sie in chronischen Fällen sehr ausgesprochen ist. Unter bestimmten Umständen, z. B. wenn man auf die Komplexe des Kranken stößt, oder wenn die Dementia senilis die Schizophrenie kompliziert, können die Affekte nach vieljährigem vollständigem Darniederliegen auf einmal zum Vorschein kommen. Eine nur annähernd so weitgehende Wiederherstellung primär gestörter assoziativer Funktionen habe ich noch nie konstatieren können.

Auch die katatonen Symptome, wenigstens die motorischen, galten meist als primäre Symptome. Ich glaube nicht, daß das im vollen Umfange richtig ist. Eine bestimmte Stereotypie ist z. B. das abgekürzte Symbol für einen Geliebten. Wäre der Geliebte nicht, so könnte auch die Stereotypie nicht da sein. Es muß also prognostisch gleichwertige Fälle geben, die die Stereotypie nicht haben. Eine prognostische Bedeutung kann somit nicht die Stereotypie haben, sondern nur die Disposition, auf der die Stereotypie entsteht.

Sogar die kataleptischen Erscheinungen halte ich nicht für rein primäre Symptome, sie können sich ja unter psychischen Einflüssen restlos lösen und wieder bilden. Vom Negativismus, Mutismus, der Befehlsautomatie nicht zu reden, die ganz verschiedene Genesen haben können.

Eigentlich körperliche Symptome sind wohl die fibrillären Zuckungen, die Steigerung der idiomuskulären Erregbarkeit, die Pupillenungleichheit. Sie gehören wohl zu den primären Symptomen und es

[1]) Vgl. *Jung*, Über die Psychologie der Dementia praecox. Marhold. Halle 1907. — *Bleuler*, Affektivität usw. Marhold. Halle 1906.

lohnte sich, sie als direktes Zeichen der Affektion des Nervensystems eingehender zu studieren.

Die andern körperlichen Symptome verstehen wir noch viel weniger: Die Störungen des Vasomotorius sind jedenfalls etwas sehr Kompliziertes und haben verschiedene Genesen. Ähnlich wird es sein mit den Anomalien der Ernährung, der Sekretionen, der Temperatur, der Menstruation. Die Ödeme kommen auch in früheren Stadien unabhängig von Haltungsstereotypien vor. Steigen des Körpergewichts ohne psychische Besserung unterscheidet die Krankheit vom manisch-depressiven Irresein. Die Steigerung der tiefen Reflexe hat die Krankheit mit vielen funktionellen und organischen Störungen gemein. Ebenso die Schlafstörung und die nervösen Symptome, wie das Kopfweh. Alle diese Erscheinungen sind vorübergehend, mit Ausnahme der idiomuskulären und reflektorischen Übererregbarkeit und des Tremors.

Eine ganz besondere Stellung nehmen Symptome ein, die wir sonst als Zeichen einer Infektion zu deuten pflegen: belegte trockene Zunge, Fuligo, Darniederliegen des Appetites, rasche Abnahme des Körpergewichtes und der Kräfte, oft mit auffallendem grobem Tremor. Im Zusammenhang damit müssen wir auch die Blutbefunde nennen (*Bruce*), die allerdings noch sehr der Nachprüfung bedürfen.

Auf psychischem Gebiete erscheint das Elementarste, was wir bis jetzt gefunden, die Alteration der Assoziationen zu sein: es ist in der Schizophrenie, wie wenn die physiologischen Hemmungen und Bahnungen ihre Bedeutung verlören; die gewohnten richtigen Bahnen werden nicht mehr so bevorzugt, dafür verliert sich der Ideengang sehr leicht in ganz ungewohnte und unrichtige Wege. So wird die Leitung der Assoziationen manchen zufälligen Einflüssen, vor allem aber den Affekten überlassen, was einen partiellen oder totalen Verlust der logischen Funktion bedeutet.

In akuten Zuständen kommt es geradezu zu einem Zerreißen der Assoziationen in kleine Bruchstücke, so daß trotz beständiger psychischer und motorischer Erregung jedwedes Handeln unmöglich ist, weil kein Gedanke ausgedacht wird, und weil eine Menge sich widersprechender Antriebe nebeneinander bestehen und die Synthese unter einem einheitlichen affektiven oder intellektuellen Gesichtspunkt nicht zustande kommen kann.

Es gibt ferner eine Art der Benommenheit und einen verlangsamten Ablauf aller psychischen Vorgänge, die sich nicht aus anderen Erscheinungen erklären lassen; sie machen einen organischen Eindruck und können — vorläufig — in Zusammenhang gebracht werden mit dem starken Pia- und Hirnödem, das wir in den Fällen lethaler Katatonie zu finden gewohnt sind. Organisch sehen auch manche katatonische Anfälle aus, die mit Bewußtseinsverlust und Krämpfen einhergehen und unter Umständen sogar von leichten Paresen gefolgt sind.

Eines eingehenderen Studiums bedürfen die Verwirrtheitszustände. Verwirrtheit ist ja kein einheitlicher Symptomenkomplex, sondern eine Erscheinung, die bei vielen psychischen Elementarstörungen auftritt, wenn diese nur so hochgradig sind, daß der Beobachter dem Gedankengang nicht mehr zu folgen vermag. Einzelne Formen scheinen in ganz oder nahezu direktem Zusammenhang mit den Hirnprozessen zu sein, indem sie gerne die Schübe der Krankheit markieren oder nichts sind als der Ausdruck der schizophrenen Assoziationsstörung. Andere Formen entstehen dadurch, daß die Menge der Sinnestäuschungen den Rapport mit der Wirklichkeit unmöglich macht, wobei aber eine genauere Untersuchung meist doch den Zusammenhang in den Ideen zeigt. Man hüte sich, die Verwirrtheit mit Zuständen manischer oder dämmeriger Natur zu verwechseln.

Ein ähnliches aus vielen ganz verschiedenen Wurzeln entspringendes Symptom ist der Stupor. Er ist die äußere Erscheinung von vielen Grundstörungen, die die innere Tätigkeit oder auch nur die Entäußerung derselben hochgradig hindern. Er ist aber sehr schwer zu studieren.

Eine ganz besondere Stellung nehmen die manischen und melancholischen Affektschwankungen ein; sie haben gar nicht in allen Fällen die gleiche Bedeutung. In selteneren Fällen machen sie den Eindruck einer zufälligen Komplikation der Schizophrenie mit manisch-depressiven Erscheinungen. Manchmal scheinen sie durch den schizophrenen Krankheitsprozeß ausgelöst; die Häufigkeit der manisch-depressiven Syndrome bei der Schizophrenie überhaupt und bei den Schüben im speziellen spricht mit Deutlichkeit dafür. In einer dritten Reihe von Fällen haben wenigstens die depressiven Angstzustände sicher die Bedeutung eines Sekundärsymptomes, das erst auf dem Boden des schizophrenen Gedankenganges entstanden ist.

Noch einmal muß ich betonen, daß eine der wichtigsten Aufgaben die Diagnose des Grundzustandes sein wird, der Disposition, auf der sich die übrigen schizophrenen Symptome entwickeln. Die „Neigung zu Halluzinationen" diagnostizieren wir nur aus den ausgebrochenen Sinnestäuschungen; vielleicht ist es am ehesten möglich, die Tendenz der schizophrenen Psyche, beliebige Vorgänge zu stereotypieren, als solche zu fassen.

Für die Prognose interessiert uns besonders die Rückbildungsfähigkeit der einzelnen Symptome und Syndrome. Nach der bisherigen Betrachtungsweise konnte man auf empirischem Wege praktisch nicht unbrauchbare Regeln aufstellen, die aber viele Ausnahmen haben. Die „Gefühlsprognose" eines erfahrenen Psychiaters ist oft richtiger als eine nach allen Regeln der Kunst logisch deduzierte Voraussage.

Erst die Kenntnis der pathologischen Bedeutung der einzelnen Symptome kann uns über die Art ihrer Rückbildung und damit über ihre Stellung zur Prognose bessere Auskunft geben. Wenn wir uns klar sind, daß die primären Symptome eine ganz andere Stellung zum Krankheits-

prozeß haben als die sekundären, so werden wir uns vor vielen Fehlschlüssen hüten können. Wir werden z. B. für den Dämmerzustand als solchen eine gute Prognose stellen, aber uns ganz klar sein, daß damit über den Ausgang der Krankheit Dementia praecox nichts bestimmt ist; denn diese kann stationär bleiben oder während oder nach dem Anfall zunehmen. Ob sie nachher weiter fortschreitet, wird wohl für absehbare Zeit unbestimmbar bleiben. Ob sie während des Anfalles in der Entwicklung begriffen ist, müssen wir aus der Intensität der primären Schizophreniesymptome und aus der Zunahme der schizophrenen Zeichen zu erkennen suchen. Wie der Zustand nach Ablauf des akuten Syndroms sein wird in dem Falle, daß die Krankheit nicht weiter schreitet, muß man ersehen aus der Diagnose des Dauerzustandes, die sich ihrerseits aus der Anamnese und aus der Menge und Schwere der schizophrenen und katatonen Symptome während der Beobachtung ergibt.

Die Rückbildungsfähigkeit der einzelnen Syndrome kennt jeder von Ihnen so gut wie ich; doch gestatten Sie mir an Hand von Beispielen einige leitende Gesichtspunkte zu erörtern.

Was Sie als akute Syndrome zu bezeichnen gewohnt sind, geht natürlich vorüber. So die an eine Infektion erinnernden Symptome, die manischen und depressiven Affektwellen, die Dämmerzustände, die Wutanfälle u. dgl. Verwirrtheit und Stupor gehören nur zum Teil zu den akuten Syndromen in diesem Sinne, und es ist schwer, die eigentlich akuten Formen dieser Zustände von den anderen zu unterscheiden, besonders da die Halluzinationen und Wahnideen der Verwirrtheit und die Abschließung des Stupors von der Außenwelt an sich eine Tendenz haben, chronisch zu werden. Die katatonen Syndrome haben, solange sie akut sind, keine besonders schlimme Bedeutung, sondern erst, wenn sie in chronischen Zuständen und bei Besonnenheit vorhanden sind.

Die allgemeine schizophrene Assoziationsstörung bildet sich, wenn sie chronisch geworden ist, selten in erheblichem Maße zurück. Auch eine hochgradige affektive Verblödung bleibt in den meisten Fällen bestehen.

Aber nicht immer. Die Rückbildungsfähigkeit der rein psychisch bedingten Symptome erscheint ja selbstverständlich. Doch muß eine Rückbildung im einzelnen Falle nicht eintreten. Schon beim Geistesgesunden können einzelne Erlebnisse einen kleinen Tik hinterlassen; in der Jugend erworbene religiöse oder abergläubische Ideen können immer wieder zum Vorschein kommen, wenn sie auch durch die Logik ihres Trägers noch so scharf und seit Jahrzehnten verworfen worden sind. Bei der Schizophrenie finden wir kaum je, daß einmal überwundene Wahnideen ihre Wirkung auf Logik und Affektivität vollständig eingebüßt hätten. Sie werden wohl nie so vollständig korrigiert, wie der Gesunde einen nicht affektbetonten Irrtum korrigiert. Auch die anderen Symptome können sich stereotypieren. So sprechen wir nach *Wernicke* mit Recht von Residualsymptomen, und so dürfen wir auch bei rein funktionellen

psychischen Symptomen niemals mit Sicherheit auf eine Rückbildung rechnen. Besonders gefährlich ist die Abschließung der Kranken nach außen. Für die Praxis aber dürfen wir die manischen und die melancholischen Erregungen, die Dämmer- und Zornanfälle als restlos vorübergehend ansehen. Es ist jedoch zu beachten, daß die Tendenz zu Erregungen jeder Art während einer Verschlimmerung der Krankheit am stärksten ist, so daß eben solche Zustände in rein exogener Form bei ruhendem Krankheitsprozeß gar nicht so häufig sind. Meist finden wir sie gemischt mit eigentlichen akut schizophrenen Symptomen.

Die Möglichkeiten der Art der Rückbildung sind sehr interessant und ergeben für unser Thema wichtige Gesichtspunkte. Natürlich kann der Krankheitsprozeß, der ja, soviel wir wissen, nur wenige Hirnelemente wirklich zerstört, sich bis zu einem gewissen Grad zurückbilden. Viel mehr werden sich die gesetzten Symptome mildern können. Wir kennen ja aus der Hirnpathologie die „Insulterscheinungen" und die weitgehende Angewöhnung des geschädigten Organes an veränderte Verhältnisse sehr gut. Es kann auch so sein, daß ein aus Infektion oder Stoffwechsel stammendes Gift nur während einer gewissen Zeit wirkt, und daß man es nachher bloß mit dem gesetzten Schaden zu tun hat.

Die affektiv ausgelösten Zustände, wie die Dämmerzustände und die Zornanfälle, hören wieder auf, weil beim Kranken wie beim Gesunden sich jeder Affekt schließlich erschöpft. Man weint oder tobt oder tollt sich aus.

Am häufigsten scheint es zu sein, daß die psychischen Relikte eines zum Stillstand gekommenen Prozesses von der Persönlichkeit abgespalten werden. So sind die Wahnideen in sehr vielen „geheilten" Fällen in keiner Weise korrigiert; sondern der Kranke hat sie nur „vergessen"; wenn man mit ihm darüber spricht, oder wenn ein neuer Schub kommt, so holt er sie in ungeschwächtem Zustande wieder hervor. Zu diesem Prozeß der Abspaltung werden die äußeren Umstände viel beitragen. Je mehr Anregung von außen der Kranke erhält, je mehr er fähig ist, solche aufzunehmen, um so eher kann diese Abspaltung statthaben. Darin liegt der Wert der Beschäftigung und der frühen Entlassungen, die die Prognose stark beeinflussen.

So sehen wir, daß der schizophrene Blödsinn nicht nur in einzelnen Symptomen, sondern auch als Ganzes potentia rückbildungsfähig ist. Die Fälle von Spätheilungen von Blödsinn sind auf einmal keine Kuriosa mehr, und man lernt mit ihnen rechnen; jedenfalls darf man nach den gewonnenen Gesichtspunkten nicht mehr eine Spätheilung einer schizophrenen Demenz als Beweis für eine falsche Diagnose ansehen.

Wichtig wäre es, wenn wir die Intensität des Krankheitsprozesses schätzen könnten. So lange wir aber seine Natur nicht kennen, sind wir bloß auf Mutmaßungen angewiesen. Wenn z. B. das Pia- und

Hirnödem bei schweren Katatonien wirklich eine Rolle spielt, so müssen die Hirndruckerscheinungen dem Bilde den Anschein besonderer Schwere geben, während wir noch gar nicht wissen können, ob diese Ödeme wirklich ein direkter Ausdruck des schizophrenen Hirnprozesses sind. Wir können nur mutmaßen, daß die Stärke der akuten Assoziationszertrümmerung und der Benommenheit mit der Stärke des Krankheitsprozesses in irgend einer Weise zusammenhänge. Es macht uns auch den Eindruck, wie wenn die katatonen Erscheinungen und die Pupillendifferenz bei schwerer Hirnaffektion besonders stark in den Vordergrund träten. Aber vorläufig kann der Gedanke an die Intensität des Krankheitsprozesses, die von der Intensität der Krankheitssymptome unterschieden werden muß, uns mehr vor voreiligen Schlüssen warnen, als uns zu einer bestimmteren Prognostik verhelfen.

Wir sind auch noch nicht in der Lage, vorauszusagen, wie viel Schaden der akute Krankheitsprozeß hinterlassen wird. Wir werden aber vor vielen Enttäuschungen behütet werden, wenn wir uns klar machen, daß nur die primären Symptome einer weitgehenden Rückbildung unfähig sind.

Abgesehen von den genannten Unterscheidungen gibt es noch einige Punkte, auf die ich das Augenmerk derer wenden möchte, die sich mit prognostischen Fragen beschäftigen.

Da ist zunächst die Kritik des Materials. Wir bekommen nur einen sehr beschränkten Teil aller Schizophrenien in unseren Anstalten zur Beobachtung; von einzelnen Gruppen sehen wir nur eine qualitative oder zeitliche Auswahl. So beobachten wir die nach einem Anfall gebesserten Kranken nur während des initialen Anfalles, die chronischen nur im Endzustand. Von einfachen Verblödungen bringt man uns nur die schlimmen, fortgeschrittenen Fälle. Dafür werden ganz leichte Schizophrenien durch eine interkurrente Zornaufwallung, einen Zuchthausknall, eine manische Erregung, einen Selbstmordversuch, einen pathologischen Rausch in die Anstalt gebracht. Deshalb schon muß die Prognose der verschiedenen Arten eine ganz verschiedene scheinen.

Das Beobachtungsmaterial wird aber auch in sehr hohem Grade beeinflußt durch die Aufnahms- und Entlassungsverhältnisse der Anstalten. Wo man aus irgend einem Grunde schnell entläßt, bleiben nur die ganz schweren Fälle im Gesichtskreis; wo der Bevölkerung eine entsprechend große Pflegeanstalt zur Verfügung steht, wird sie sich gewöhnen, auch leichterer Kranken sich zu entledigen. Nimmt eine Pflegeanstalt bloß die schwersten Fälle auf, so können daselbst unter Umständen die akuten Fälle überwiegen, weil sie, wie wir gesehen haben, wenn sie nicht „heilen", mehr Neigung zu ganz schweren Endzuständen haben als die schleichenden. Ferner werden in einer solchen Anstalt unter den chronischen lange nicht so viel leichte Fälle sein. Die prognostischen Ermittelungen sind somit

niemals direkt von Anstalt zu Anstalt vergleichbar.

Wie sehr das letztere zutrifft, zeigte sich mir in den Schwierigkeiten, denen die Einteilung der abgelaufenen Fälle in günstige und ungünstige begegnete. Es würde sich lohnen, hierfür bessere Kriterien zu suchen, als ich angewandt habe. Die Kranken der Heilanstalt ließen sich bequem einteilen in sozial tüchtige, die sich mehr oder weniger selbständig draußen bewegen und fortbringen können, und ganz blöde, die der fremden Pflege bedurften. Aus den nicht in diese Endgruppen einteilbaren Kranken machten wir eine besondere Kategorie der mittelmäßig Verblödeten.

In der Pflegeanstalt ließ sich dieser Maßstab nicht anwenden, weil von der ersten Kategorie fast alle fehlen. Ich habe da zu den günstig abgelaufenen Fällen die nützliche Arbeit Leistenden, mit denen zugleich ein sozialer Kontakt möglich war, gerechnet, zu den schlimmen die übrigen. Die letzteren könnte man zu gewissen Zwecken in aktiv und passiv asoziale trennen.

Bei dieser Gelegenheit machte ich auch die interessante Beobachtung, daß in Neu-Rheinau die nach diesem Maßstabe Guten ganz ungleich schwerer krank waren als in Burghölzli und Alt-Rheinau. Da ich die Mehrzahl der Kranken seit Jahren persönlich kenne, erscheint eine Täuschung ausgeschlossen. Übrigens wurde mir die Tatsache auch von den Rheinauer Ärzten bestätigt. Nach Neu-Rheinau kommen im ganzen schwerere Fälle. In der nach neuen Ideen eingerichteten und von Anfang an so geleiteten Anstalt, die durch Patienten von allen Seiten der Windrose gefüllt worden war, konnte ein neuer Spiritus loci geschaffen werden, der noch mehr als die modernen Einrichtungen selbst bewirkt, daß auch eine Anzahl schwerer chronischer Katatoniker zu den guten Arbeitern zählt. Dieser Unterschied innerhalb verschiedener Gebäude der nämlichen Anstalt, die unter der nämlichen Leitung stehen, ist ungemein bezeichnend.

Der alte Bestand der Heilanstalt Burghölzli, die 1870 eröffnet worden ist, rangiert ungefähr zwischen die Leute von Alt- und Neu-Rheinau.

Will man den Grad des Blödsinnes als Maßstab für den Ausgang benutzen, so begegnet man der ziemlich unüberwindlichen Schwierigkeit, daß wir diesen Grad des Blödsinnes in keiner Weise schätzen können. Ein Maßstab ist ja nur denkbar für die Stärke der Grundstörung. Zu dieser steht aber der Grad dessen, was wir hier Blödsinn nennen, in keinem bestimmten Verhältnis.

Die schwankenden Leistungen der schizophrenen Psyche stellen uns vor die Frage: Gibt es überhaupt einen Endzustand? ein Stadium, in dem die Krankheit nicht fortschreitet und sich nicht zurückbildet?

Unser Wissen in bezug auf ein Fortschreiten ist folgendes: Der nach einem akuten schizophrenen Anfall irgend welcher Art gesetzte Schwachsinn nimmt in der Regel noch einige Zeit nach dem Aufhören der

akuten Symptome zu und erreicht dann über kurz oder lang unter Schwankungen einen relativ stabilen Grad. Es ist aber, wenigstens bei den Kranken, die in Behandlung verbleiben, wohl selten, daß nicht leichtere Schübe, die akut oder schleichend verlaufen können, das Bild wieder verschlechtern. Daneben ist eine ganz allmähliche Zunahme des Blödsinnes bei den bleibenden Anstaltsinsassen das häufigste. Diese Verschlimmerung ist für den, der beständig um die Kranken ist, kaum bemerkbar. Wenn man aber seine Pflegeanstaltspatienten nach 10 und mehr Jahren wieder mustert, so muß man bei der Mehrzahl derselben eine Zunahme des Blödsinns konstatieren, die sich in geringerer Leistungsfähigkeit, größerer Apathie, in einem körperlichen und psychischen Zusammensinken dokumentiert (hier schließe ich natürlich hinzukommende senile Störungen aus). Das kann psychisch oder durch Fortschreiten des Krankheitsprozesses bedingt sein.

Bei chronischen Fällen erwartet man den Stillstand seltener oder später. Sie unterscheiden sich nun nach meiner Erfahrung durchaus nicht prinzipiell von den akuten. Ferner möchte ich betonen, daß auch bei den Fällen mit akuten Syndromen (Manien, Melancholien, Verwirrtheiten) die Verblödung gar nicht an diese Zustände gebunden ist. Manchmal hat eine Erregung keine bemerkenswerten deletären Folgen, und die Verblödung macht nachher ohne akute Syndrome rasche oder langsame Fortschritte.

Bei der Mehrzahl unserer Kranken indes kann man eine stärkere Verblödung ausschließen, weil sie sich bis ans Lebensende draußen halten, auch an Orten, wo man bemüht ist, alle sozial untüchtigen Leute dem Staate anzuhängen. Auch Anstaltsinsassen beobachten wir, die sich während Jahrzehnten auf einem gewissen Stande halten.

Es ist also unzweifelhaft, daß es für unsere jetzigen Beobachtungsmittel einen Stillstand gibt; daß dieser Stillstand in jedem Stadium der Krankheit eintreten kann; daß doch manche anscheinend stabil gewordenen Fälle sich mit der Zeit ganz schleichend immer mehr verschlimmern, und endlich, daß Schübe immer wieder vorkommen können.

Die neuen Schübe nun können zu jeder Zeit, auch nach jahrzehntelangem Stillstand, wieder auftreten. Die Menopause scheint eine gewisse Disposition dafür zu bieten. Aber auch viel später können akute Verschlimmerungen noch vorkommen: *es gibt keine Zeitgrenze, die davor sicher stellte.* Man hat gesagt, daß eine Pause von drei oder von fünf Jahren gewisse Chancen für dauernde Heilung biete. Ich halte das noch nicht für bewiesen. Eine gute Statistik, die uns über die Häufigkeitsskala der neuen Schübe im Verlauf der folgenden Jahre und Jahrzehnte Auskunft gäbe, existiert meines Wissens nicht. Sie müßte die verschiedenen Formen der Krankheit einzeln berücksichtigen und auch mit dem Altersaufbau des Krankenmaterials rechnen. Von den paar hundert Schizophrenen, die ich vor 10 Jahren in Rheinau verließ,

haben nur etwa ein Dutzend akute Erregungen durchgemacht, die als Exazerbationen des eigentlichen Krankheitsprozesses die Patienten auf ein wesentlich tieferes Niveau einstellten. Es ist aber zu beachten, daß wir in der Pflegeanstalt eine Auslese von Kranken haben, die nicht zu akuten Anfällen, sondern zu chronischem Verlaufe neigen, wie wir gezeigt haben.

Die neuen Schübe können Krankheitsanfälle im Sinne der alten akuten Psychosen sein; sie können aber auch „ohne Sang und Klang" als einfache rasche Zunahme der Verblödung auftreten; sie können ganz akut im Verlaufe weniger Tage ihre Höhe erreicht haben, aber auch Jahre zum Ablauf brauchen.

Aus alten Krankengeschichten konnte ich nicht mehr als das Angeführte lernen. Wir müssen in Zukunft mehr Psychopathologie treiben und dieselbe besser in den Krankengeschichten niederlegen. Wir müssen aber zweitens noch suchen, wo es immer möglich ist, bessere Anamnesen und damit klarere Einsicht in den wirklichen Beginn der Krankheit zu bekommen. Ich habe mich überzeugt, daß die Datierung des Beginns durch die Verwandten selten das richtige trifft. Ganz gewöhnlich — aber allerdings nicht immer — führt erst eine Verschlimmerung oder ein zufälliges akutes Symptom die Kranken in die Anstalt, nachdem sie schon jahrelang in leichterem Grade schizophren gewesen sind. Es gibt also in Wirklichkeit nur sehr wenige akute Anfänge. In dieser Arbeit mußte ich aber noch so nennen, was von anderen so beschrieben worden ist.

Es ist mir gar nicht angenehm, daß ich die Frage nach der Prognose der Dementia praecox, wie sie sich aus dem Studium der Endzustände ergibt, statt zu vereinfachen, komplizieren mußte. Es geht aber nicht anders. Erst wenn man einmal über alle diese Dinge klar sein wird, kann man ad usum Delphini die Resultate vereinfachen. Der Forscher wird nur weiter kommen, wenn er jeden der zahlreichen von den anderen unabhängigen Faktoren für sich betrachtet, und sorgfältig seine Deutung unter den verschiedenen Umständen abwägt. —

Die Diskussion wird verschoben bis nach Anhörung der inhaltsverwandten Vorträge von *Raecke*, *Meyer* und *Hüfler*.

Raecke-Kiel: Zur Prognose der Katatonie.

Unter Katatonie verstand *Kahlbaum* eine Psychose, welche in erster Linie durch eine Reihe von motorischen Symptomen ausgezeichnet war, welche in jedem Lebensalter auftrat und eine relativ günstige Prognose bot. *Kraepelin*, der *Kahlbaums* Lehren weiter ausbaute, sah das Wesen des Krankheitsprozesses im Ausgang in Demenz und schuf dementsprechend die Bezeichnung Dementia praecox, der die Katatonie als Untergruppe angegliedert wurde. Während anfangs diesem neuen Krankheitsbegriffe vielfach eine übermäßige Ausdehnung gegeben wurde, scheint zurzeit eine rückläufige Bewegung eingesetzt zu haben. So hat *Dreyfus* betont,

daß die früher für charakteristisch gehaltene Gemütsstumpfheit nicht immer ein Zeichen von Verblödung ist und bei verschiedenen Psychosen vorkommt. *Wilmanns* hat erklärt, daß früher von der Heidelberger Schule die Bedeutung des hysterischen Irreseins zugunsten der Dementia praecox unterschätzt worden sei. *Gaupp* hat im Münchner Jahresberichte darauf hingewiesen, daß manche chronisch-paranoischen Krankheitsbilder nach Verlauf und Ausgang eine Sonderstellung einnehmen.

Außerdem mehrten sich die Beobachtungen günstiger Ausgänge. *Kraepelin* selbst hat in der letzten Auflage seines Lehrbuches die Häufigkeit der Heilung bei Katatonie auf 13% geschätzt. *E. Meyer* hat 25% angenommen, *Kahlbaum jun.* 30%. Die beiden Referenten heute wollen, wie wir gehört haben, die Bezeichnung Dementia praecox überhaupt fallen lassen, weil die Generalprognose dieser Krankheit nicht Verblödung sei, sondern nur Verlauf in der Richtung zur Verblödung hin. Langdauernde Remissionen werden von ihnen zugegeben, welche soweit gehen können, daß eine Abnahme der geistigen Kräfte kaum nachweisbar ist. Hier sollte man sich meines Erachtens nicht scheuen, von Heilung zu sprechen, wenigstens von Heilung im praktischen Sinne. Mit der Annahme einer latenten Demenz vermag der Praktiker nichts anzufangen.

Jedenfalls ist die hier zutage tretende Wandlung der Anschauungen mit Freuden zu begrüßen. Sie überbrückt manche bisherigen Gegensätze und gestattet ein gemeinsames Zusammenarbeiten.

Eine Hauptfrage, die noch der endgültigen Lösung harrt, ist die Frage nach der prognostischen Bedeutung der sogenannten katatonen Symptome. Daß die letzteren, sogar gehäuft, nicht nur bei Paralyse und Epilepsie, sondern auch bei Hysterischen und Manisch-Depressiven vorkommen, ohne hier einen Einfluß auf die Prognose auszuüben, das wird nicht mehr in Abrede gestellt. Andererseits steht seit *Kraepelins* bahnbrechenden Forschungen fest, daß die Katatonie auffallend oft zur Verblödung führt. Die Frage lautet nun: Führt die Katatonie stets schließlich zur Demenz, so daß es sich bei scheinbaren Heilungen nur um Remissionen und Fehldiagnosen handelt? Oder, wenn nicht, welche Symptome gestatten frühzeitig, die richtige Prognose zu stellen? Ist auch eine definitive Beantwortung dieser Fragen erst nach jahrelangen katamnestischen Forschungen zu erwarten, so dürfte doch dem Praktiker schon heute jeder Beitrag willkommen erscheinen.

In der Kieler Klinik wurden von November 1901 bis Dezember 1905 rund 200 Katatoniker beiderlei Geschlechts behandelt. Nach Abzug derer, über welche neuere Nachrichten nicht zu erhalten waren, bleiben 171, nämlich 80 Männer und 91 Frauen, deren Krankengeschichten den folgenden Ausführungen zugrunde gelegt sind. Das Alter schwankte zwischen 12 und 50 Jahren; doch standen über 80% zwischen 16 und 30.

Leider konnten die Katamnesen nur in den seltensten Fällen persönlich erhoben werden. Meist mußte man sich mit den schriftlichen Aus-

13 Männern und 6 Frauen, hieß es in den Auskünften, sie seien nicht ganz wie früher; sie seien energieloser oder reizbarer oder allgemein nervös, mit Kopfschmerzen und ähnlichen Beschwerden zeitweise behaftet. Diese sind nur als „gebessert“ bezeichnet. Wollte man sie zu den Heilungen hinzurechnen, weil ja die eigentlichen psychotischen Erscheinungen abgelaufen sind, dann würden sich 27 % ergeben, eine Zahl, die zwischen den Ziffern von *E. Meyer* und *Kahlbaum jun.* in der Mitte steht. 125 Kranke sind ungeheilt geblieben. Von ihnen leben 69 % zurzeit in Anstalten. Im ganzen sind 17 % aller Kranken bereits gestorben.

Die Dauer der Heilungen beträgt bisher 12mal 1—3 Jahre, 8 mal 3—4 Jahre, 7 mal 4—6 Jahre. Daß es sich hier überall um Remissionen handeln soll, klingt unwahrscheinlich, doch mag darüber die Zukunft entscheiden. Die Gesamtdauer des Leidens bis zum Eintritt der Heilung betrug in der Regel 1—2 Jahre; nur zweimal über 3 Jahre. Sehr auffallend war die Tatsache, daß gerade in den günstig verlaufenen Fällen die Katatonie häufiger subakut als akut ausgebrochen war. Meist ging ein ausgesprochenes Prodromalstadium von 1—3 Monaten vorauf. Einige Male waren die ersten psychischen Veränderungen schon ¼—1 Jahr vorher beobachtet worden.

Hinsichtlich der Ätiologie machte es keinen erheblichen Unterschied für die Prognose, ob mehr exogene oder endogene Faktoren im Spiele waren. Bei Einwirkung äußerer Ursachen ergaben sich 17 % Heilungen, bei schwerer erblicher Belastung 18 %, bei von Haus aus bestehender Imbezillität 16 %. Nur wenn man jede erbliche Belastung überhaupt berücksichtigte, wie sie bei 56 % aller Katatoniker nachweisbar war, gelangte man zu 20 % Heilung bei Belasteten überhaupt. Gerade diejenigen 6 Fälle, in welchen sich das Leiden direkt an ein Wochenbett angeschlossen hatte, verliefen durchweg ungünstig. Von sieben Kranken mit Kopftrauma in der Anamnese genas nur einer. Es lehrt das wohl wieder, daß für die Entstehung der Katatonie äußere Ursachen höchstens die Bedeutung auslösender Momente besitzen.

Etwas brauchbarere prognostische Anhaltspunkte schien die Betrachtung der klinischen Krankheitsbilder zu gewähren. Am weitaus günstigsten war ein paranoider Beginn mit Sinnestäuschungen und Beziehungswahnideen ohne Desorientierung. Hier betrug der Prozentsatz

der Heilungen 47, der Besserungen überhaupt 53. Erst in großem Abstande folgten die Fälle mit initialer Depression, sei es melancholischer, sei es hypochondrischer Färbung, nämlich 15—16% Heilung. Dann kam Einsetzen unter dem Bilde der halluzinatorischen Verwirrtheit: 9% Heilung; endlich plötzliches Einsetzen eines Stupors bei bisherigem Wohlbefinden: 6% Heilung. Ganz ungünstig verliefen die chronisch paranoischen Formen.

Unter den Einzelsymptomen erwies sich, wie auch *E. Meyer* gefunden hatte, frühzeitiges starkes Grimassieren von übelster Vorbedeutung. Es folgten zahlreiche Manieren und Tiks überhaupt, hartnäckiger Negativismus ohne Affektanomalie, dann ausgesprochene Befehlsautomatie und lange anhaltende Flexibilitas cerea. Dagegen waren Sprachverwirrtheit, Verbigerieren, Gemütsstumpfheit mit Unsauberkeit und Verlust des Schamgefühls weit weniger bedenklich. Erwähnt sei noch, daß im ganzen bei 18% der Kranken Pupillenstörungen in Form von Differenz und Entrundung notiert worden waren.

Endlich wäre die Frage zu erörtern, ob vielleicht die so auffallend günstig verlaufenen Fälle mit subakutem paranoidem Beginn eine Gruppe für sich darstellen und von der Katatonie abzutrennen sind. Allein auch wer an der Existenz einer akuten Paranoia festhält, kann dahin kaum diese Fälle rechnen, da sie eine langsamere Entwicklung zeigten und nicht durch äußere Ursachen hervorgerufen wurden. Ferner mischten sich bei ihnen von vornherein zahlreiche katatone Symptome ein und traten allmählich in den Vordergrund. Meist kam es sehr bald zur Ausbildung eines Stupors. Endlich unterschieden sich von ihnen anfangs in keiner Weise manche später ungünstig sich entwickelnde Fälle mit Ausgang in typische Verblödungsformen.

Eher könnte man Zweifel hegen, ob die oft sehr schwierige Abgrenzung der Katatonien mit initialer Depression vom manisch-depressiven Irresein stets gelungen ist. Indessen würde eine etwaige spätere Feststellung einzelner Fehldiagnosen hier nichts an dem Resultate ändern, daß die Katatonien mit ausgesprochen melancholischem und hypochondrischem Beginn eine relativ wenig gute Prognose haben.

Alles in allem ergibt sich für den Praktiker aus den mitgeteilten Katamnesen die alte Mahnung: Größte Vorsicht mit der Prognose! Die Katatonie führt meist, aber durchaus nicht immer zur Verblödung. Die Bezeichnung Dementia praecox ist daher irreleitend.

E. Meyer-Königsberg: Die Prognose der Dementia praecox.

Die von verschiedenen Seiten behauptete Möglichkeit einer Wiederherstellung bei der Dementia praecox kann man sich nach *Meyer* in folgender Weise vorstellen:

1. Es liegen diagnostische Irrtümer vor, die bei der Schwierigkeit der Abgrenzung nicht leicht zu vermeiden sind.

2. Es sind Krankheitsbilder, die zurzeit nicht von der Dementia praecox zu sondern sind, aber vielleicht später klinisch und anatomisch unterschieden werden können.

3. Es sind tatsächlich Fälle von Dementia praecox, bei denen aber der Krankheitsprozeß nur so geringe Intensität erreicht hat oder so weit zurückgegangen ist, daß wesentliche klinisch erkennbare Krankheitszeichen fehlen.

Daß letzteres denkbar ist, dafür sprechen die so sehr verschiedenen sonst bekannten Ausgänge der Dementia praecox. *Meyer* erinnert an andere Prozesse, die auch nicht ganz ohne Residuen heilen, so die Tuberkulose. Und doch kann ein Tuberkulöser so weit ausheilen, daß er beschwerdefrei ist, der Umgebung gesund erscheint und nur vielleicht bei genauester Untersuchung noch Spuren der alten Erkrankung aufweist.

Dieser Vergleich beweist auch, daß es sich bei den „Heilungen" der Dementia praecox nicht einfach um Remissionen handeln m u ß. Denn die Annahme von Remissionen setzt voraus, daß, wie bei der Paralyse, über kurz oder lang unaufhaltsam die Krankheit wieder hervortritt. Bei der Dementia praecox kann aber der Prozeß zu einem dauernden Stillstand kommen, auch ohne einen erheblichen Grad erreicht zu haben, so daß jedenfalls „soziale Gesundung" besteht.

Meyer knüpft dann an zwei frühere Arbeiten an, die besonders die katatonischen Erscheinungen zum Gegenstand hatten, und in deren letzter (Münch. med. Wochenschr. 1903, S. 1369) er zu dem Schluß kam, daß die Prognose ernst, aber nicht absolut ungünstig sei, da in $^1/_5$—$^1/_4$ der Fälle Wiederherstellung für Jahre eintrat.

Meyer hat seine Tübinger Fälle der katatonen Gruppe der Dementia praecox weiter verfolgen können: Wenn man 2 nicht ganz sichere Fälle beiseite läßt, und ebenso 2, die nach fünf gesunden Jahren wieder erkrankten, bleiben 10 unter 46 Dementia-praecox - Fällen, die seit Jahren sich sozialer Gesundung erfreuen. Der vorläufige Ausgang hatte sich — wie das auch die Fälle von Heilung mit Defekt und ungünstigem Ausgang zeigen — in der Mehrzahl der Fälle als dauernder erwiesen. Unter 1318 Aufnahmen der Königsberger Klinik aus den Jahren 1904—1906 waren 170 (12,8 %) Fälle von Dementia praecox. Wenn auch eine Einteilung schwer durchführbar war, so ließen sich etwa 36 der Katatonie, 116 der Hebephrenie und 18 der Dementia paranoides zurechnen. 31 von den 170 Fällen hatten seit mindestens einigen Monaten soziale Gesundung wiedererlangt, bei 13 war Heilung mit Defekt anzunehmen. Von dem Rest war bei 28 eine Katamnese nicht zu erlangen. Rechnet man noch, daß jetzt neben der Katatonie Hebephrenie und Dementia paranoides mit in Betracht gezogen sind, so ergeben sich etwa die gleichen Werte wie bei den Tübinger Fällen.

Meyer kommt zu dem Schluß: Die Prognose der Dementia praecox ist ernst, aber keineswegs absolut ungünstig, in einem erheblichen Bruch-

teil der Fälle — nach unseren Erfahrungen $^1/_5$—¼ der Katatoniegruppe, über $^1/_6$ der Gesamtfälle — tritt Wiederherstellung für Jahre ein.

(Ausführliche Veröffentlichung im Arch. f. Psychiatrie.)

Hüfler-Chemnitz: Über die katatonischen Anfälle.

Neben den psychischen Symptomen sind bei der Dementia praecox die somatischen nicht zu vernachlässigen; differentialdiagnostisch können sie manchmal wertvoll sein.

In erster Linie sind zu erwähnen die sogenannten katatonischen Anfälle; es sind das nicht hysterische Beifügungen, sondern Anfälle sui generis. Ehe die psychischen Symptome die Oberhand gewinnen, werden derartige Kranke häufig als Epileptiker behandelt.

Nach einem Prodromalstadium, das sich durch motorische Erregung, Ruhelosigkeit, Reizbarkeit meist scharf vom vorhergehenden, vielleicht stuporösen Zustande abhebt, setzt der Anfall mit Somnolenz und entweder klonischen oder tonischen Muskelbewegungen ein: die Bulbi sind nach oben gewendet, der Kopf nach vorn geneigt, tonische Bewegungen der Arme, die halbgebeugt hochgehoben werden, treten auf, die Fäuste sind geballt, oder klonische Bewegungen nicht nur der Arme, sondern des ganzen Rumpfes, der wippend auf dem Bett auf- und niedergeschleudert wird.

Dabei ist das Gesicht gerötet, nur die Mundpartie ist, wie bei Scharlach, sehr oft ausnehmend blaß; oft verbreitet sich die Röte bis auf die Brust. Auch die Füße sind oft sehr blaß.

Nach 5—10 Minuten läßt der Krampf mit ziemlich plötzlicher Aufhellung des Bewußtseins nach.

Bei Frauen treten die Anfälle sehr oft 1—2 Tage vor der Menstruation auf. Nicht selten scheinen während des klonischen Anfalls sexuelle Sensationen eine Rolle zu spielen.

Neben diesen typischen Anfällen werden bei Dementia praecox häufig noch andere somatische, auch periodisch auftretende Störungen beobachtet, die man als katatonische Äquivalente bezeichnen kann, Störungen der Motilität, der Sensibilität und der vasomotorischen Innervation.

Die Störungen der Motilität betreffen manchmal nur eine Extremität, etwa den Arm, der eine Zeitlang starr wird: ein nicht seltenes Initialsymptom. Manchmal treten dabei Paraesthesien auf.

Viel häufiger sind periodisch auftretende Innervationsstörungen im Facialis: bald wird, anscheinend ohne jedes psychische Korrelat, dieser Ast, bald jener sekundenlang isoliert innerviert; manchmal werden auch mimische Bewegungen ungleichmäßig ausgeführt.

Seltener sind analoge Störungen im Gebiete des Hypoglossus.

Zeitweise werden diese isolierten Bewegungen als fremdartig empfunden und Erklärungsversuche daran geknüpft: der Teufel zupft an der Lippe, ein Mitpatient hypnotisiert, es hält jemand die Zunge nieder.

Auch sensible Störungen, Schmerzanfälle, werden öfter beobachtet, zeitweise in Verbindung mit vasomotorischen Erscheinungen.

So hatte eine ältere Kranke im Verlaufe eines Jahres, sehr oft 1—3 Tage vor der Menstruation, 12 Schmerzanfälle im Fuß, die so stark waren, daß sie wimmerte. Vorher war sie meist abnorm erregt, hinterher wieder wie immer, eher etwas heiterer.

Eine jüngere Kranke zeigte öfter Schmerzanfälle im zweiten Aste des Trigeminus; dabei war die Backe gerötet und heiß; eben dieselbe hatte manchmal schmerzhafte Parästhesien im Fuß: derselbe war während der Anfälle marmorweiß und anästhetisch.

Einigemal wurden im Anschluß an katatonische Erregungszustände starke Rückenschmerzen beobachtet.

Am häufigsten sind die vasomotorischen Störungen: fast in der Hälfte der Fälle wurde spontan oder auf Anreden eintretende Gesichtsrötung gesehen, sehr oft auch mit Freibleiben der Mundpartie.

In einem Falle trat nach einem katatonischen Anfalle Gesichtsödem auf.

Hierher gehören wohl auch die verschiedenartigen Pupillenstörungen.

Ob Anfälle von Brechen und Schweißausbruch, die sehr häufig sind, als katatonische Äquivalente betrachtet werden müssen, bedarf noch der weiteren Feststellung.

Alle diese somatischen Störungen sind nicht immer vorhanden, sondern treten periodisch auf, manchmal zusammen mit Bewußtseinstrübung.

Bei jugendlichen Personen sind die vasomotorischen Störungen und die echten Anfälle am häufigsten, die Schmerzanfälle und die motorischen Störungen im Facialis scheinen auch späterhin vorzukommen.

Wenn auch die beschriebenen somatischen Symptome hinter den psychischen weit an Wichtigkeit zurückstehen, so können sie doch manchmal von diagnostischem Werte sein.

Diskussion. — *Pappenheim*-Heidelberg erörtert die Auffassung der Heidelberger Psychiatrischen Klinik. Dort ausgeführte katamnestische Untersuchungen zeigten, daß eine nicht unerhebliche Zahl von Kranken, bei denen vor vielen Jahren die Diagnose Dementia praecox gestellt wurde, vollständig gesund wurde. Der in einem Teile der Fälle von einzelnen Nachuntersuchern konstatierte leichte Defekt konnte durch genaueres Studium in schon vor der Psychose vorhandene, psychopathische, degenerative Züge aufgeklärt werden.

Derartige Fälle müssen von der Dementia praecox abgetrennt werden, nicht wegen des Ausgangs, da ja die Möglichkeit einer Heilung der Dementia praecox zugegeben werden muß, vielmehr deshalb, weil man meist schon während des Bestehens der Psychose durch sorgfältige Berücksichtigung gewisse Gesichtspunkte: wie Vorgeschichte, Beginn, meist auch gewisse

Züge des Zustandsbildes erkennen kann, daß es sich um eine heilbare Psychose handele. Es gelingt sogar, aus den vor Jahren in der Klinik geführten Krankengeschichten nach diesen Gesichtspunkten die Fälle auszuscheiden, in denen die Diagnose Dementia praecox irrtümlich gestellt wurde. Die in Frage stehenden Fälle kann man, wie es scheint, in drei Gruppen einteilen. Einmal handelt es sich um degenerierte Zustände, die den *Ganser*schen mehr oder minder ähneln, und die man wohl zu den hysterischen Psychosen rechnen kann. Zweitens sind es Zustände, die im Anschluß an ein großes seelisches Erlebnis akut zum Ausbruch kommen, und die vielleicht zum Teile zum manisch-depressiven Irresein gehören, zum Teile aber sich nirgend recht einreihen lassen. Schließlich sind es Fälle, auf die *Wilmanns* bereits hingewiesen hat — katatonische Zustandsbilder nämlich, denen zyklothymische Schwankungen vorausgingen, und die immer zur Genesung führen; die man auch berechtigt ist, als eigenartige Zustände des manisch-depressiven Irreseins zu bezeichnen.

Gemeinsam ist diesen Zuständen das akute Beginnen im Gegensatze zur Dementia praecox, bei der, wie es scheint, der allmähliche, schleichende Beginn vorwiegt. In einem Teil der Fälle wird ein akuter Beginn dadurch vorgetäuscht, daß die ersten Zeichen der Erkrankung übersehen werden, und nicht zu unserer Kenntnis gelangen. Nur ein geringer Bruchteil der Fälle von Dementia praecox mag akut einsetzen. Jedenfalls erscheint bei akut beginnenden Psychosen die größte Vorsicht quoad Diagnose Dementia praecox geboten. Die meisten akut einsetzenden Psychosen sind heilbar. Die Dementia praecox dagegen, die meist schleichend beginnt, führt — mitunter allerdings nach Remissionen, die einer Heilung ganz gleich sehen können — schließlich fast stets zur Verblödung.

Kreuser-Winnental: Ein großer Teil der Einwendungen gegen die *Kraepelin*sche Dementia praecox dürfte hinfällig werden mit dem Schwinden des Krankheitsnamens. Ob freilich die Schizophrenie sich mehr Anerkennung erringen wird, kann dahingestellt bleiben. Der Name hat jedenfalls den Vorteil, daß er nicht so leicht ins Deutsche übersetzt werden kann von jedem, der einmal eine Lateinschule besucht hat. Damit schwindet die weite Verbreitung der üblen prognostischen Bedeutung der gestellten Diagnose. — Darüber, daß eine Krankheitsform existiert, die der *Kahlbaum*schen Katatonie, späteren *Kraepelin-Aschaffenburg*schen Dementia praecox entspricht, ist ja heute kaum mehr ein Zweifel. Unsicher ist nur noch, welche wesentlichen Momente das Krankheitsbild zusammenhalten, welche sie von andern Formen zuverlässig unterscheiden. Daß es die Demenz nicht ist, weder die intellektuelle noch die gemütliche, ist schon hervorgehoben. Eine wesentliche Förderung bringt wohl die Unterscheidung von primären und sekundären Störungen. Sie deckt sich vielleicht mit der alten Unterscheidung von Reiz- und Ausfallssymptomen. Sind die letzteren prognostisch von entscheidender Bedeutung, so sind die Reizerscheinungen entscheidend für die Differentialdiagnose. Sie

richtig zu erkennen in ihren Beziehungen zur Veranlagung und zur ganzen Ätiologie muß unsere Hauptaufgabe sein, wobei es außerordentlich wichtig ist, sie auseinanderzuhalten von dem, was nur zeitweilig darniederliegt, und was endgültig als verloren gegangen betrachtet werden muß.

Friedländer-Hohe Mark: Aus einer Reihe von Fällen, die lange in meiner Anstalt und noch länger nach ihrer Entlassung verfolgt wurden, greife ich nur einen heraus. Ein junges Mädchen erkrankte nach einem langen Vorstadium der Depression, das vor ihrem Eintritt in meine Behandlung als Melancholie (Brautpsychose) gedeutet wurde, an typischer Katatonie. Alle ärztlichen Beobachter stellten gleich mir eine schlechte Prognose und rieten von der Verehelichung ab. Die Patientin machte alle Stadien durch, schwerste katatonische Anfälle brachten sie an den Rand des Grabes. Nach vielmonatiger Behandlung in der geschlossenen Abteilung wurde die Patientin in die offene Abteilung verlegt, ein in die Anstalt eingetretener, der Kranken sympathischer (weil er in der schweren Krankheitsperiode nicht um sie gewesen war), neuer Assistenzarzt gewann das Vertrauen der Patientin, es trat rasche Klärung und „Heilung" ein. Gegen den ärztlichen Rat vermählte sich die junge Dame; sie ist bis heute (2 Jahre etwa) gesund geblieben.

Wir müssen nun unterscheiden — wie ich glaube — zwischen dem, was wissenschaftlich wertvoll, und was praktisch und sozial — worin sich meine Ansicht völlig mit der von *Raecke* und *Meyer* deckt — wichtig ist. Die Frage, ob die Katatonie und Dementia praecox im Sinne *Kraepelins* unheilbar ist, wenn sie auch Remissionen zeigen kann, kann nicht nach zwei- und fünfjähriger Beobachtung, sondern nur nach jahrzehntelanger entschieden werden. Bis dahin aber sollen wir in der Prognose äußerst vorsichtig sein, denn die Angehörigen vergeben eher einen Irrtum, der ihnen vergönnte, an eine Besserung oder Heilung zu glauben, als das Umgekehrte — und das mit Recht. Solange die absolute Exaktheit der Diagnose fehlt, ist bei der Stellung der Prognose größte Zurückhaltung am Platz.

Näcke-Hubertusburg: Vier Spezialpunkte werden berührt: 1. *Pilcz* hat bei 49 % der Dementia praecox in der Aszendenz Paralyse gefunden, ich nie. Dieser Frage muß man nähertreten. 2. *Bleuler* behauptet, daß bei der Dementia praecox nie Aufhören der Verwandtenliebe usw. eintritt. Dies glaube ich bestreiten zu müssen, um so mehr, als die Affektivität mehr leidet in den unheilbaren Fällen, als der Intellekt. 3. Das Material an Dementia praecox ist von Anstalt zu Anstalt sicher sehr verschieden. So habe ich z. B. bei einer großen Erfahrung nur ganz selten epileptoide Anfälle gesehen, ebenso die bekannte Schnauzbildung des Mundes. 4. Es gibt Fälle, wo Dementia praecox von manisch-depressivem Irresein kaum zu unterscheiden ist, will man nicht etwa in einem solchen Falle von periodischer Katatonie sprechen. Ein solcher Fall wird skizziert.

Kraepelin hat gehofft, daß aus dem Riesentopf der Dementia praecox einzelne Formen sich würden gewinnen lassen. Insbesondere gewisse ein-

fache chronisch-halluzinatorische Formen, die Fälle mit dauernder Sprachverwirrtheit, vielleicht auch die Spätkatatonien schienen ihm dafür geeignet. Wie weit auch gewisse konstitutionelle Zustände dem Gebiet der Dementia praecox angehören, wird weiterer Untersuchung bedürfen. Ob die Affektstörungen vom Kollegen *Bleuler* mit Recht als „sekundäre" Symptome aufgefaßt werden, ist ihm zweifelhaft. Daß die Dementia praecox grundsätzlich heilen kann, wird zuzugeben sein; über die Häufigkeit der praktischen oder wissenschaftlichen Heilung dürften kaum wesentliche Meinungsverschiedenheiten bestehen. Katamnestische Erhebungen sind nur dann von Wert, wenn sie persönlich geschehen und sich über sehr lange Zeit erstrecken. Die Hauptschwierigkeit für die Gewinnung zuverlässiger Prognosen bilden aber die Fehldiagnosen. Vor allem wissen wir nicht, was eigentlich als „katatonisches Symptom" zu bezeichnen ist. Bei Hysterischen und Manisch-Depressiven kommen eine Reihe von Krankheitszeichen vor, die wir katatonisch nennen, ohne daß sie für die Dementia praecox kennzeichnend wären. Als der Hauptwert der Aufstellung der Dementia praecox wird die durch sie angeregte Verbindung zwischen der Forschung in Klinik und Anstalt zu betrachten sein; die hier liegenden Fragen können nur durch Zusammenarbeiten beider gelöst werden.

Neisser-Bunzlau: Für diesen Appell zu gemeinsamer Forschung von Kliniken und Anstalten, wie überhaupt für die Wiedererweckung der Lust an klinischer Arbeit haben wir allen Grund, Herrn *Kraepelin* dankbar zu sein. Und nicht zum wenigsten war es die Aufstellung der Lehre von der Dementia praecox, welche in dieser Richtung einen mächtigen Ansporn gebracht hat. Wenn wir uns nach den interessanten Referaten nun fragen, was das Neue an der Lehre ist, nach welcher Richtung sich ein Umschwung der Ansichten vollzogen hat, und was wir schon als gesicherten Besitz betrachten dürfen, so wird man es mir vielleicht nicht verdenken, wenn ich an die Zeit anknüpfe, als ich vor 21 Jahren in meiner Doktor-Dissertation versuchte, die Anerkennung der Krankheitsform der Katatonie herbeizuführen, welche damals in Deutschland teils als abgetan galt, teils in Vergessenheit geraten war. Damals stand unter den Gegnern auch Herr *Kraepelin*. In seinem Kompendium hatte er weder das Wort Katatonie erwähnt, noch fand sich eine entsprechende Krankheitsschilderung. In der dann folgenden Auflage des Lehrbuchs machte er eine für die damals herrschende klinische Richtung sehr charakteristische Konzession, indem er sich zu der Aufstellung einer besonderen Form, der „katatonischen Verrücktheit", entschloß. Ich brauche wohl nicht zu sagen, daß es sich für mich bei dieser Erinnerung nicht um die Wandlung, die Herr *Kraepelin* durchgemacht hat, handelt — dieselbe vollzog sich ja vor aller Augen und sehr zum Nutzen der Sache —, sondern ich meine, daß gerade seine damalige Aufstellung einer katatonischen Verrücktheit recht geeignet ist, die Änderung gewisser klinischer und allgemeinpathologischer Gesichtspunkte ins Licht zu setzen. Das

Wesentliche der „Verrücktheit“ wurde damals von manchen Autoren geradezu mit der theoretischen Definition einer „Verrückung des Ichstandpunktes“ gekennzeichnet; auf alle Fälle wurde dem Auftreten bestimmter Wahnbildungen eine spezifische Dignität beigemessen, die für die Diagnose entscheidend war. Ich hatte dagegen — wie ich glaube, auch ganz im Sinne *Kahlbaums* — postuliert, daß die Gesamtheit der Symptome, ihr Neben- und Nacheinander, der Verlauf und der Ausgang die Grundlage der klinischen Diagnostik bilden müsse. Dieser klinische Standpunkt ist inzwischen — nicht zum wenigsten dank *Kraepelins* eigenen Arbeiten — Gemeingut geworden, und von ihm aus ist die großzügige Lehre von der Dementia praecox konzipiert und durchgeführt. Wenn hierbei vielleicht zunächst die Prognose zu einseitig betont und zu einheitlich beurteilt worden ist, und wenn ferner vielleicht auch der Rahmen noch zu weit gespannt worden sein mag, so glaube ich doch, daß es heute die übereinstimmende Ansicht ist, daß wir durch *Kraepelins* Aufstellung der Dementia-praecox-Gruppe in der naturwahren Auffassung der betreffenden psychischen Krankheitsprozesse einen wichtigen Schritt vorwärts gekommen sind und klinische Anschauungen von bleibendem Wert gewonnen haben.

In speziell pathologischer Hinsicht hat gegenüber der früheren Paranoialehre die Lostrennung der Dementia paranoides wohl die einschneidendste Bedeutung. Die inzwischen erfolgte Heraushebung der „episodischen Wahnbildungen bei Degenerierten“ durch *Bonhoeffer* hat eine wichtige und notwendige Korrektur gebracht. Andererseits können sich viele, zu denen auch ich gehöre, mit *Kraepelins* Auffassung des Querulantenwahns als des Paradigmas der echten Paranoia nicht einverstanden erklären. Bei dieser Gruppe der Dementia praecox ist also noch manches ungeklärt und in fließender Entwicklung.

Völlige Übereinstimmung herrscht auch noch nicht bezüglich der Katatonie, wenn auch zweifellose Fortschritte gemacht sind. Das Vorkommen katatonischer Symptome bei verschiedenartigen Psychosen ist sorgsamer studiert worden, man hat die Prognose revidiert, welche von *Kahlbaum*, mir und anderen entschieden zu günstig beurteilt worden war, und man hat damit ihre Beziehung zu den „Verblödungsprozessen“ namentlich des jugendlichen Alters, auf die *Fink* schon vor längerer Zeit hingewiesen hatte, wahrscheinlich gemacht. Immerhin erscheint mir die Tatsache sehr beachtenswert, die *Bleuler* in seinem Referat mitgeteilt hat, wenn ich ihn recht verstanden habe, daß in einem sehr hohen Prozentsatz der Fälle, in denen von Anbeginn an der Prozeß als ein katatonischer sich darstellt, die katatonischen Symptome dauernd persistierten. Ich erlaube mir hierzu auf die Ausführungen zu verweisen, welche ich in einem wenig beachteten Referate über den Stand der Lehre von der Katatonie auf der Versammlung mitteldeutscher Psychiater zu Leipzig vor einer Reihe von Jahren gemacht habe [1]).

[1]) Arch. f. Psych. Bd. 32.

Den größten Fortschritt hat aber meiner Meinung nach die Lehre von der einfachen Dementia praecox gebracht. Man kannte ja solche Fälle früher wohl auch schon; ich erinnere vor allem an eine Arbeit von *Pick* aus dem Jahre 1891, welcher die Krankheit schon völlig der modernen Auffassung entsprechend gedeutet hat. Aber man hat doch wohl von der Häufigkeit der Fälle nicht die richtige Vorstellung gehabt, und man hat namentlich dann die Fälle nicht richtig bewertet, wenn depressive oder manisch gefärbte oder paranoide Phasen mehr weniger ausgeprägt in den Verlauf eingeschaltet waren. Das verdanken wir erst *Kraepelin* und *Bleuler* und ihren Schülern — insbesondere möchte ich die Arbeit von *Diem* hervorheben —, daß diese Formen an einem reichen klinischen Material besser studiert und in ihrer Beziehung zu den anderen progressiven Krankheitsprozessen gewürdigt worden sind.

Nun hat *Bleuler* der Lehre von der Dementia praecox einen neuen bedeutsamen Inhalt zu geben versucht, indem er auch in symptomatischer Beziehung Besonderheiten betonte, welche in eigenartigen Störungen des Assoziationsmechanismus bestehen und die wesentlichste primäre Wirkung des zugrundeliegenden Krankheitsprozesses darstellen sollen. Und wenn ich ihn richtig verstanden habe, hat Herr *Jahrmärker* sich ihm hierin jetzt rückhaltlos angeschlossen.

Von besonderem Interesse war mir hierbei, aus dem Referat von *Bleuler* zu ersehen, daß die Scheidung von primärer und sekundärer Symtomatologie für eine grundsätzliche Notwendigkeit erklärt wird. Ich begrüße das mit Freude, da ich ja bekanntlich diese Scheidung in meinen klinischen Arbeiten von jeher mich bemüht habe in den Vordergrund zu stellen und durchzuführen. Allerdings nehme ich an, daß es ein Mißverständnis des Herrn *Kreuser* war, wenn er meinte, die Begriffe: „Reiz"- und „Ausfallserscheinungen" dafür einsetzen zu können. Ich hoffe, daß Herr *Bleuler* dazu sich noch äußern und dies bestätigen wird. Ich möchte glauben, daß das gegenseitige Verhältnis von Reiz- und Ausfallserscheinungen ein anderes und durch *Wernicke* endgültig festgelegt ist. Interessant ist nun aber, daß gerade die *Kraepelin*sche Dementia praecox Herrn *Bleuler* bei dem Versuch seiner symptomatischen Analyse zu der Betonung jener grundsätzlichen Scheidung geführt hat. Denn mag man über die *Kraepelin*schen Krankheitsschilderungen denken wie man will: das Eine wird jeder zugeben, daß sie von einer Unterscheidung primärer und sekundärer Symptome völlig frei sind; es sind stets umfassende, gewissermaßen einheitliche Seelengemälde, welche aber den Gesamthabitus der Zustände so geschickt treffen, daß die Subsumierung der Einzelfälle im Sinne des Autors aus der allgemeinen Ähnlichkeit des Bildes in der Regel gelingt.

Und noch in einer zweiten Hinsicht drängt sich ein Vergleich mit den *Kraepelin*schen Krankheitsdarstellungen angesichts der *Bleuler*schen Symptomanalysen auf, der ein eigenartiges Interesse bietet. Bei der

kollektivistischen Art der Gruppenbildung, wie sie von *Kraepelin* und seiner Schule vollzogen wurde, fand unstreitig bei der Diagnostik und namentlich bei der Prognostik der individuelle Faktor nicht die gebührende Berücksichtigung. Nun ist das Interessante, daß *Bleuler* und seine Schüler (*Jung*, *Riklin*) gerade von dem allerindividuellsten Faktor, dem persönlichen Erlebnis, dem affektbetonten Komplex ihren Ausgang nehmen und ihm für die ganze weitere Symptomausgestaltung die entscheidende, zum mindesten formgebende Rolle zuweisen. Es ist in diesem Augenblick naturgemäß nicht möglich, die tiefgreifende Frage der Bedeutung der affektbetonten Komplexe zu diskutieren, doch möchte ich gegenüber den Angriffen, denen besonders Herr *Jung* ausgesetzt war, nicht unbetont lassen, daß ich seine Bestrebungen, die Symptome von dieser neuen psychologischen Seite her zu erschließen, für sehr dankenswert und anregend halte, wenngleich auch ich glaube, daß vieles Einzelne einseitig, übertrieben und sogar kraß willkürlich an der Auffassung ist. Aber sei dem wie ihm wolle, auf alle Fälle sind es Probleme zunächst der allgemeinen Psychiatrie, welche hier ihrer Lösung harren. Und hiermit komme ich zu dem Punkte, der mich veranlaßte, das Wort in der Diskussion zu erbitten: ich möchte dringend davor warnen, den Namen „Schizophrenie" anzunehmen. Gewiß ist, wie vorhin betont wurde, der Name Dementia praecox nicht ganz befriedigend; wir wissen aber nun alle, was damit gemeint ist, und können vorläufig klinisch damit arbeiten. Dagegen möchte ich mich gegen den Namen Schizophrenie wenden, nicht nur, weil er sprachlich sich nicht leicht einbürgern dürfte, sondern darum, weil er nicht von unmittelbar der klinischen Beobachtung zugänglichen Erscheinungen, sondern von einer theoretischen Anschauung über das Wesen des Krankheitsprozesses seinen Ausgang nimmt. Die Frage, welche Bedeutung im Assoziationsspiele affektbetonte Komplexe überhaupt haben, welchen Einfluß sie auf die Assimilation neuer Eindrücke und Wahrnehmungen üben, wie sie auf das früher erworbene Erfahrungsmaterial zurückwirken, welchen Zusammenhang sie nach Form und Inhalt mit anderen körperlichen und psychischen Vorgängen haben, die Frage ferner, welche Veränderungen im Assoziationsmechanismus Sinnestäuschungen und Wahnideen bewirken, in welcher Weise und inwieweit sie Affekte auslösen bzw. selbst durch Affekte ausgelöst und beeinflußt werden, alle diese und viele andere damit im Zusammenhang stehende Fragen allgemein-pathologischer Natur bedürfen meines Erachtens vorerst einer sorgfältigen Bearbeitung und Klärung, ehe die spezifische Natur der Komplexwirkungen bei der Dementia praecox als gesichertes Wissen eingeführt werden kann. Es will mir nicht unmöglich scheinen — ich sage dies allerdings mit allem Vorbehalt, da vorerst nur ein Teil der Studien veröffentlicht ist —, daß *Bleuler* und *Jung* mit ihrer Symptomanalyse nicht etwas lediglich der Dementia praecox Zukommendes zutage gefördert, sondern einen Beitrag zur allgemei-

nen Psychopathologie geliefert haben. Ja, ich möchte es für nicht ganz ausgeschlossen halten, daß *Bleuler*, weil er in der Art der Komplexwirkungen das Kennzeichnende der Dementia praecox erblickt, allmählich im Laufe dieser Studien dazu gekommen ist, den Rahmen dieser Krankheit soweit und immer weiter zu spannen. Auf alle Fälle scheint mir durch eine solche Namengebung die Gefahr gegeben, daß die unbefangene, empirisch klinische Krankheitsbetrachtung Schaden leide.

Heilbronner-Utrecht wendet sich gegen die Einführung des Begriffs der Schizophrenie, der im wesentlichen mit der „Sejunktion" *Wernickes* zusammenfiele, aber nicht als ein „Symptom" angesehen werden kann, das einer spezifischen Psychose zukommt; diese theoretische Konstruktion kann nicht der Abgrenzung einer Krankheit zugrunde gelegt werden. Bei den ärztlich erhobenen Katamnesen werden viel gründlichere Angaben erhalten, als es zum Zwecke der Feststellung der Anamnese möglich ist; dadurch entsteht die Gefahr, vermeintlich durch die Psychose gesetzte Residuärsymptome zu statuieren, wo in Wirklichkeit Abweichungen nach der Psychose weiterbestehn, die schon eher bestanden. *H.* würde es sehr bedauern, wenn die heutigen Referate zur Folge hätten, daß die Abgrenzung degenerativer usw. Zustände von der Dementia praecox, die neuerdings angebahnt wurde, wieder in Frage gestellt würde.

Raecke-Kiel betont gegenüber Herrn *Kraepelin* die Bedeutung und den Wert der von den Angehörigen erhobenen Katamnesen.

Urstein-Rußland: Ich hatte die Absicht, Ihnen heute über die Ergebnisse meiner Untersuchungen zu berichten, welche ich im Laufe der letzten Jahre auf Grund einer ganz genauen Analyse von etwa 600 Dementia-praecox-Fällen gewonnen habe. Allein mein Material hat einen derartigen Umfang angenommen, es haben sich mir so viel Fragen aufgeworfen, die erörtert werden müßten, zumal ich mir über die heute geltenden Grundanschauungen eine abweichende Meinung gebildet habe, daß es mir unmöglich wäre, im Rahmen eines Vortrages eine noch so kurze und summarische Übersicht zu geben. Ich will mich daher begnügen, im Anschluß an die eben gehörten Vorträge einiges anzuknüpfen.

Vorausschicken muß ich jedoch, daß meine Kasuistik all den Anforderungen genügt, die auch heute von einigen Referenten gestellt wurden; sie entstammt zum großen Teil der Heidelberger Klinik und stellt sozusagen das älteste *Kraepelin*sche Material dar. Es waren dies Fälle, welche vom Jahre 1891 bis 1896 als Dementia praecox diagnostiziert wurden, im ganzen etwa 230 Patienten, die ich, soweit sie in Anstalten oder zu Hause erreichbar waren, nachuntersuchen konnte. Auch hier, in Herzberge, habe ich nur solche Fälle verarbeitet, die mindestens seit 10—15 Jahren in der Irrenanstalt beobachtet wurden. Dadurch aber, daß eine sehr große Anzahl von Patienten 20—30, viele 40 Jahre in Anstalten verpflegt wurden und einzelne bis zu 50 Jahren krank gewesen sind, vermochte ich ein ganz anschauliches Bild über die Symtomatologie, den Verlauf

und Ausgang, somit auch über die Prognose der Dementia praecox zu gewinnen. Was nun die Symptomatologie der Dementia praecox betrifft, so werde ich durch eine große Anzahl von Fällen beweisen können, daß sie sich vollkommen mit jener decken kann, die nach der heute, besonders von der jüngeren *Kraepelin*schen Schule vertretenen Anschauung als charakteristisch für das manisch-depressive Irresein angeführt wird. Und in der Tat boten viele der nun seit Jahr und Tag kataton Verblödeten im Beginn und nach jahrelangem Bestehen des Leidens Symtomenkomplexe dar, die sich von der typischen zirkulären Depression bzw. vom manischen Erregungszustand in nichts unterschieden. Als ein höchst unzuverlässiges Symptom hat sich mir zum Beispiel die sogenannte intrapsychische, die subjektive psychomotorische Hemmung erwiesen, desgleichen das Insuffizienzgefühl. Ich habe beides mindestens so oft bei der Dementia praecox wie beim manisch-depressiven Irresein gefunden. Ebensowenig spricht gegen die Dementia praecox eine Periodizität, ein Wechsel bzw. Übergang der Depression mit Hemmung und sonstigen sog. zirkulären Momenten in einen exquisit manischen Zustand mit Ideenflucht, Ablenkbarkeit, gehobener Stimmung, Betätigungsdrang und ähnlichem mehr. Ich kann nur betonen, daß das manisch-depressive Irresein heute ein ebenso bequemer „Sammeltopf“ geworden ist, wie es früher der „Paranoia-Topf“ gewesen, in den alles Heterogene hineingeworfen wurde. Mir ist es zweifelhaft geworden, ob nicht einige Mischzustände vielmehr von vornherein als Katatonien gedeutet werden müßten; ebensowenig glaube ich, daß alle Melancholien im früheren *Kraepelin*schen Sinne wirklich Zustandsbilder des manisch-depressiven Irreseins seien. Aus der *Dreyfus*schen Arbeit scheint mir die Notwendigkeit, jene wohl charakterisierte nosologische Entität aufzugeben, nicht hervorzugehen. Ich kann auch hier auf Einzelheiten nicht eingehen, werde aber später meine Anschauung zu begründen suchen. Dagegen will ich hier noch ein Wort über die Prognose der Dementia praecox sagen. Zweifellos ist dieselbe viel günstiger, als ursprünglich angenommen wurde. Allein es handelt sich doch nur um eine relativ und nicht um eine absolut günstige Prognose. Zwar gibt es Remissionen, die so weitgehend sind, daß sie als absolute Heilungen imponieren können und müssen, wo man jahre- und oft jahrzehntelang bei dem entsprechenden Patienten nichts Krankhaftes nachzuweisen vermag, aber eine Dauerheilung ist es dennoch nicht. Über kurz oder lang stellt sich ein Anfall ein, der nun die Diagnose sichert und häufig genug zu Verblödung führt. Unter den 600 Fällen, die ich zu verfolgen Gelegenheit hatte, fand ich nicht einen einzigen, der dauernd geheilt geblieben wäre. Im allgemeinen kann man wohl sagen, daß, je geringer der Defekt ist, welcher nach der ersten oder den folgenden Attacken zurückblieb, mit um so größerer Wahrscheinlichkeit ein neuer Anfall zu erwarten sei. Ich glaube aber wohl, daß man aus dem Beginn, d. h. auf Grund der Symptomatologie, wird sagen können, ob im gegebenen Falle eine Remission bzw.

temporäre Genesung eintreten wird oder nicht. Denn es gibt Symptome, die einen prognostischen Schluß zuzulassen scheinen. Was nun die Endzustände betrifft, so schließe ich mich bezüglich der Affektivität vollkommen den Vorrednern an. Ich werde aber auch hier einiges zu ergänzen haben. Ein Versuch, den Zeitpunkt festzustellen, wie lange nach Beginn des Leidens sich der katatone Endzustand ausbildet, ging fehl. Wiederholt habe ich auch gefunden, daß Patienten, die viele Jahre lang anscheinend Endzustände geboten, noch leidliche Remissionen bekamen und bisweilen sogar für kurze Zeit entlassen werden konnten. Daß die manischen bzw. depressiven Symptome, wie Herr *Bleuler* meinte, als sekundär aufzufassen sind, glaube ich nicht, denn es gibt zahlreiche Fälle, in denen rein zirkuläre Symptome viele Jahre, oft noch länger bestehen, und wo erst später katatonische Symptome auftreten, bis sich schließlich ein Endzustand ausbildet. Ein Abschnitt von 10 Jahren beweist freilich gar nichts. Ich bin darin sehr vorsichtig geworden; Material, das nur ein Dezennium alt ist, darf nach meiner heutigen Erfahrung nicht benutzt, Schlüsse, die man aus *einer* solchen Kasuistik zieht, nicht verallgemeinert werden. Ich für meine Person bedaure es, daß *Kraepelin* den jüngeren Kraepelinianern zuviel Konzessionen macht, und werde in der Lage sein, dies an der Hand meines großen Materials zu beweisen. Ich selbst will mich lieber an den alten *Kraepelin* halten, an die Anschauungen, die ihm und *Aschaffenburg* in den Jahren 1891 bis 1896 beim Diagnostizieren maßgebend gewesen sind.

Zum Schluß noch ein Wort über die katatonischen Anfälle. Nach meiner Zusammenstellung traten sie in etwa 20 % der Fälle auf und zwar bei Frauen mindestens doppelt so oft wie bei Männern. Ich möchte jedoch bemerken, daß ich nur solche Anfälle als katatonische bezeichnete, welche mit Verlust des Bewußtseins einhergingen und genau dem Symptombilde der Epilepsie entsprachen. Ohnmachten und Schwindelanfälle, sofern sie nach dem 40. Lebensjahre auftraten und auf etwaige Arteriosklerose bzw. andere organische Ursachen bezogen werden konnten, habe ich von vornherein ausgeschaltet. Ich muß auch hier manche Details übergehen und will nur auf zwei Punkte hinweisen. Erstens auf die recht interessante Tatsache, daß ich die Anfälle fast ausschließlich bei solchen Individuen feststellen konnte, die hereditär belastet waren. Allerdings habe ich früher, als ich mir entsprechende Auszüge aus den Krankengeschichten machte, auf diesen Zusammenhang wenig geachtet, und so kommt es, daß ich zumal bei Männern in mehreren Fällen Angaben über Heredität vermisse. Wo ich aber in der Lage gewesen bin, die Krankengeschichten nochmals durchzusehen oder die Angehörigen der Patienten zu sprechen, vermochte ich meine Vermutung regelmäßig zu bestätigen. Ob man indes allein schon aus der Feststellung der Anfälle auf vorhandene Belastung schließen darf, wage ich noch nicht zu behaupten. Hält man sich aber an die Vergiftungstheorie der Dementia praecox, so läßt sich der Befund

in der Weise erklären, daß ein von Haus aus minderwertiges Gehirn auf das Toxin mit bedrohlicheren Symptomen reagiert.

Ganz besonders hinweisen will ich endlich darauf, daß ich ziemlich oft als Vorläufer der echten katatonen bzw. epileptiformen Anfälle solche gefunden habe, die jahrelang ganz und gar unter dem Bilde der Hysterie verliefen; also Anfälle bei erhaltenem Bewußtsein mit typischem arc de cercle, enormer Suggestibilität, Globusgefühl u. a. m. Einzelne dieser Patienten boten jahrelang einen exquisit hysterischen Charakter dar. Auch hierauf werde ich in meiner ausführlichen Arbeit noch zurückkommen müssen.

Jahrmärker betont im Schlußwort die Bedeutung der sachgemäß erhobenen Anamnese und weist die Auffassung zurück, daß ein theoretisches Gebäude konstruiert werde; die Lage der Heilung im sozialen Sinne sei mit Absicht nicht erörtert worden.

Bleuler (Schlußwort): Die gemütliche Verblödung halte ich für sekundär, weil sich auf verschiedene Weise Affekte nachweisen lassen in allen Fällen, die man genau untersuchen kann.

Den Namen Schizophrenie würde ich nicht verteidigen; wohl aber den Begriff, der angegriffen worden ist. Es handelt sich nach unserer Beobachtung, nicht nach der Theorie, um eine Spaltung der Assoziationen sui generis, die bei allen Fällen von Dementia praecox vorkommt, nicht aber bei anderen Krankheiten. Der *Wernicke*sche Begriff der Sejunktion ist allerdings ein sehr verwandter; da er sich aber weder in seiner Ableitung noch in seinen Konsequenzen mit unserem Begriff der schizophrenen Spaltung deckt, dürften wir den Ausdruck „Dementia sejunctiva" nicht brauchen. — Auch die Begriffe der Reiz- oder Ausfallerscheinungen sind nicht identisch mit denen, die wir als primäre und sekundäre Symptome bezeichnet haben.

Raecke bemerkt zu dem Vortrage von Herrn *Hüfler*, daß vasomotorische Störungen und Schmerzanfälle auch bei Manisch-Depressiven vorkommen. — Die Diskussion habe gezeigt, daß gegenüber der früher vorhandenen Neigung, die Dementia praecox immer weiter auszudehnen, zurzeit eine rückläufige Bewegung eingesetzt habe. —

Der Vorsitzende dankt den Referenten und schlägt vor, dem gleichzeitig in Frankfurt a. M. tagenden Verein für experimentelle Psychologie ein Begrüßungstelegramm zu senden, was von der Versammlung auch sofort beschlossen wird.

Zweite Sitzung, Freitag, den 24. April, nachmittags 2 Uhr.

Alt-Uchtspringe: Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt.

Nummer 21 der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift v. J. brachte aus der gewandten Feder unseres Kollegen *Scholz*, des Direktors

der vor wenigen Jahren neueröffneten, den Zeitforderungen entsprechend mit großen Mitteln erbauten und unterhaltenen Posener Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Obrawalde, einen Aufsatz über „die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt“. *Scholz*, ein Sohn des bekannten, verstorbenen Bremer Psychiaters, ein Schüler von *Pelman* in Bonn, von wo aus er nach verhältnismäßig kurzer Assistentenzeit zum Leiter der evangelischen Privatanstalt Waldbroel berufen wurde, ist weiteren psychiatrischen Kreisen und auch den für das Irrenwesen interessierten Behörden rühmlich bekannt geworden durch einen trefflichen „Leitfaden der Irrenpflege“, welchem die von dem deutschen psychiatrischen Verein gewählte Sonderkommission seinerzeit nach meinem Vorschlag den ersten Preis zuerkannte. Die in so gewichtiger Frage abgegebene Meinungsäußerung eines so bekannten Autors, dem in hohem Grade die Gabe zu eigen ist, seine Gedanken ohne Umschweife klipp und klar auszudrücken, hat gewiß von vornherein Anspruch und Aussicht auf Beachtung, nicht nur in Fachkreisen, sondern namentlich auch bei psychiatrisch interessierten Verwaltungsbeamten, zumal die Veröffentlichung in einer psychiatrischen Wochenschrift erfolgte, welche von den betreffenden Behörden gelesen wird. Der Umstand, daß der Aufsatz ohne jeden redaktionellen Hinweis auf andere, entgegengesetzte Anschauungen veröffentlicht wurde, könnte zu der Auffassung führen, daß die *Scholz*sche Meinung gewissermaßen Ausdruck einer in Psychiaterkreisen weitverbreiteten Überzeugung sei, die nur bis jetzt von niemand so deutlich ausgesprochen wurde. Das ist indes, wenigstens so weit ich aus Literatur und regem persönlichen Gedankenaustausch mit älteren und jüngeren Fachkollegen — auch des Auslandes — unterrichtet bin, durchaus nicht der Fall. Es haben auch bereits die Herren *Förster* und *Friedländer* eine Entgegnung in der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift veröffentlicht.

Meine Herren! Der gewiesene Ort indes zur sachlichen Besprechung und Prüfung der von *Scholz* mit so verblüffender Bestimmtheit beantworteten Frage, die so lange schon behandelt wird, als es überhaupt eine wissenschaftliche Psychiatrie gibt, dürfte unsere Jahresversammlung sein, in der Deutschlands erfahrenste Psychiater vertreten sind, die alle ausnahmlos Klarheit darüber haben wollen, ob die Anstalt auch die Heilungsaussichten günstiger zu gestalten und überhaupt zu beeinflussen oder lediglich Pflegedienste zu leisten vermag. Das von unserem Kollegen *Scholz* nach 15jähriger psychiatrischer Berufstätigkeit öffentlich abgegebene, von der Redaktion eines Fachblattes unwidersprochen zum Ausdruck gebrachte psychiatrische Glaubensbekenntnis besagt nämlich klipp und klar, unsere Irrenanstalten sind ausschließlich Pflegestätten, welche die Heilchancen in keiner Weise zu bessern, den Heilverlauf auch der an sich heilbaren Psychosen nicht

irgendwie zu fördern oder zu beeinflussen vermögen. „Wer eine Manie hat", so spezialisiert *Scholz* in dramatisch zugespitzter Versinnlichung seiner Lehre, „wird sie wieder los — das ist die Regel, und für die Heilbarkeit besagt es nichts, wo der Patient sein Leiden überwindet, ob mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaales"; „Alkoholiker machen ihr Delirium in der verpönten Krankenhauszelle ebenso rasch durch, wie in der modernsten psychiatrischen Klinik". „Die Krankheit nimmt allemal", so argumentiert er, „den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf die Einflüsse von außen."

Meine Herren! Den Anstoß zu der *Scholz*schen Veröffentlichung hatte ein auf Ersuchen der Posener Landesdirektion erstatteter Bericht darüber gegeben, wie es komme, daß in den Anstalten der Provinz so wenig Kranke als heilbar bezeichnet würden. Obgleich *Scholz* in diesem Bericht ausgeführt hatte, es sei ihm zweifelhaft, ob eine frühzeitig eingeleitete Anstaltsbehandlung bessere Heilungsaussichten biete als eine verzögerte, beschloß der Posener Provinzial-Landtag, wahrscheinlich infolge entgegenlautender Berichterstattung der anderen Anstaltsdirektoren, den Ortsarmenverbänden, welche die Einlieferung eines Kranken „zum Heilversuch" beschleunigen, eine Zahlungserleichterung zu gewähren. *Scholz* findet diesen Landtagsbeschluß an sich recht dankenswert, da er manchen Kranken eine rasche gute Pflege verschaffe und Patienten und Publikum vor Mißhelligkeiten und Gefahren schütze, aber seine ursprüngliche Absicht werde er nicht erreichen. „Nicht ein einziger Kranker", verkündet *Scholz* mit prophetischer Gewißheit, „wird in Zukunft schneller geheilt werden als vordem."

Meine Herren, es will mir bedünken, *Scholz* hätte erst eine Reihe von Jahren die etwaige Wirkung dieses Landtagsbeschlusses abwarten und dann an der Hand der in seiner und den übrigen Posener Anstalten gesammelten Erfahrungen erneut gründlich prüfen müssen, ob sein Zweifel auch dann noch vollauf zu Recht bestehe, ob nicht vielleicht das erleichterte und beschleunigte Aufnahmeverfahren auch ihm, der die Psychosen der Provinz Posen doch erst kürzere Zeit kennt als die übrigen dortigen Anstaltsleiter, den und jenen Fall zugeführt hätte, dessen Verlauf zugunsten der von seinen Kollegen vertretenen Anschauung spräche. Wie mancher kluge, erfahrene Arzt hat auf Grund theoretischer Erwägungen und langer Beobachtung eine Behandlungsmethode, eine der seinigen entgegenstehende prognostische Anschauung als veraltet, wertlos und unsinnig erachtet, gleichwohl aber angesichts der bestimmten gegenteiligen Versicherung ehrlicher, tüchtiger Fachmänner gestutzt — und dann in Bescheidenheit vorurteilslos neue Erfahrungen gesammelt, die sein ursprüngliches Urteil gründlich änderten! Sollte es da ganz unmöglich sein, daß ein schon in sehr jungen Jahren der Korrektur eines Chefs enthobener Psychiater nach erneuter vorurteilsloser Beobachtung unter

den günstigeren neuen Verhältnissen vielleicht auch eine Wandlung seiner Anschauung erleiden könnte, die in schroffem Gegensatz steht zu derjenigen der meisten anderen Berufskollegen! Es ist überflüssig, in dieser Versammlung von Psychiatern einzeln aufzuführen, was die Lehrbücher, Jahresberichte und Einzelabhandlungen über Zweck und Wert frühzeitig eingeleiteter, sachgemäßer Anstaltsbehandlung besagen. Nur einem Autor das Wort zu entleihen sei mir gestattet: „Der Unterschied zwischen den Heilungsaussichten bei häuslicher und denen bei Anstaltsbehandlung ist zweifellos für die Geisteskranken ein viel größerer, als für die an Lungenschwindsucht Erkrankten, für die jetzt mit privaten und öffentlichen Mitteln die Anstaltsbehandlung in großem Maßstabe erstrebt wird", sagt *Hoche* [1]), ein Autor, dessen Urteil doch gewiß auch von *Scholz* nicht gering angeschlagen wird.

Meine Herren! Die mit dogmatischer Bestimmtheit ausgesprochene, völlig unerwiesene und unerweisliche Behauptung, daß durch eine möglichst früh eingeleitete Anstaltsbehandlung nicht ein einziger Kranker schneller geheilt werde, daß an dem Verlauf einer einmal angebrochenen Psychose unsere Therapie nichts zu ändern vermöge, dürfte unter den erfahrenen Psychiatern nicht mehr Anhänger zählen, wie etwa die Ansicht eines Internisten, der da behauptet, daß eine interne Behandlung in keinem Falle den Heilablauf einer inneren Krankheit zu begünstigen und zu beschleunigen vermöge. Therapeutische Nihilisten und Pessimisten hat es stets gegeben und wird es immer geben, solange Ärzte auf der Welt sind; man kann solche Einspänner, mögen es Internisten oder Psychiater sein, getrost ihren einsamen Weg ziehen lassen, sie vermögen Entwicklung und Fortschritte der Therapie nicht aufzuhalten. Wenn aber ein öffentlich bestellter Arzt in leitender Stellung, dem die Behandlung der Kranken und die therapeutische Ausbildung seiner ärztlichen Gehilfen anvertraut ist, jedwede Therapie als ganz und gar fruchtlos erklärt und damit dem Publikum und den Patienten das Vertrauen zu dem ärztlichen Können untergräbt, seiner ärztlichen Mitarbeiter therapeutische Bestrebungen lähmt, so liegt darin eine ernste Gefährdung öffentlicher Interessen, die energische Abwehr erheischt. Würde die von *Scholz* mit dramatischem Zuschnitt verkündete, als Produkt der modernen psychiatrischen Forschung ausgegebene Lehre: „ein heilbarer Geisteskranker genese ebenso sicher und rasch, ob er mit Stricken gebunden im Spritzenhaus oder im schönen Bett des Irrenhauswachsaales liege", Anklang finden bei den Behörden und Mittel bewilligenden Körperschaften, dann würde einem erfreulichen Aufschwung der praktischen Psychiatrie eine Phase tiefen Niederganges folgen, die

[1]) *Hoche*, Die Aufgaben des Arztes bei der Einweisung Geisteskranker in die Irrenanstalt. *Alts* Sammlung zwangloser Abhandlungen, Halle a. S., Karl Marhold, 1900, S. 7.

äußerlich gekennzeichnet wäre durch Anstalten à la Spritzenhaus. Wäre der völlige Bankrott jeder psychiatrischen Therapie erwiesen, wie sollten da junge Ärzte, welche die Heilkunde zu ihrem Lebensberuf erwählt, der Psychiatrie und dem Anstaltsdienst ihre Kräfte weihen. Für das Publikum, für die praktischen Ärzte und für die Behörden würden kaum mehr andere als polizeiliche und wirtschaftliche Gesichtspunkte maßgebend sein zur Einweisung von Kranken in die Pflegeanstalten, denn nur so dürften sie fernerhin sich benennen.

Das so einige der Folgen, welche die *Scholz*sche Lehre nach sich ziehen würde, wenn sie Schule machte.

Und nun der Beweis für diese, wohl nicht ohne inneren Kampf und Schmerz errungene, folgenschwere Erkenntnis und Überzeugung, die mit bestechender Offenheit vorgetragen und mit nachsichtig wohlwollendem Hinweis auf die ältere psychiatrische Schule, der es leichter gewesen, an die Heilwirkung der Anstalt zu glauben, als kostbare Frucht der modernen Psychiatrie mit ihrer einheitlicheren Auffassung vom Wesen des Krankheitsprozesses verkündet und gepriesen wird!

In dem bereits angezogenen Bericht an seine Behörde hatte *Scholz* ausgeführt: „Zwischen der Genesungsziffer und der Anstaltspflege bestehe nur insofern ein Zusammenhang, als bei erleichtertem Aufnahmeverfahren mehr heilbare Kranke in die Anstalt gebracht würden. Und dieser Umstand allein sei die Ursache jener scheinbar besseren Heilungsresultate, die die Anstalten mit schneller Aufnahmefähigkeit gewährten".

Meine Herren! Daß Erleichterung, Vereinfachung und Beschleunigung des Aufnahmeverfahrens den Anstalten mehr heilbare Kranksinnige zuführen und insofern schon an sich, also auch ohne Zutun und Verdienst der Anstalt, die Genesungsziffer der Entlassenen steigern wird, hat wohl niemand bezweifelt, jeder Kundige vorausgesetzt. Die Zahl der Personen, welche im Beginn einer akuten Psychose, ehe ein umständliches Aufnahmeverfahren eingeleitet und verwirklicht ist, draußen an Erschöpfung, Selbstmord, Unfall usw. enden, ist sehr groß, viel größer als selbst manche Psychiater ahnen. Wenngleich ich bei allen Aufnahmegesuchen, aus denen eine Gefahr in vorstehendem Sinne erkenntlich ist, telegraphisch die sofortige Zuführung empfehle, kommt allein in unserem Aufnahmebereich mindestens ein dutzendmal im Jahre die Nachricht, daß infolge eingetretenen Selbstmordes oder Todes die Aufnahme sich erübrige. Und von wieviel Fällen hört man zunächst überhaupt nichts mehr, erfährt dann später gelegentlich, daß der Tod unter den Zeichen einer fieberhaften Gehirnentzündung eingetreten sei.

Auch von den frischen Psychosen, die in konsultativer Tätigkeit zu meiner Kenntnis gelangten, endete ein nicht geringer Bruchteil zu Hause mit raschem Tod, vielfach unter dem Bilde des in früheren Jahrzehnten auch in den Anstalten nicht ganz seltenen Delirium acutum, nachdem die Angehörigen sich trotz des Hinweises auf

solchen voraussichtlichen Ausgang nicht zur Überführung entschließen konnten. Im Gegensatz zu *Scholz*, der meint, die praktischen Ärzte wüßten aus ihrer Praxis nicht oft vom exitus an akuten Psychosen zu erzählen, habe ich von den seit mehr als einem Dezennium zu regelmäßiger Sitzung — jetzt allmonatlich einmal — in Uchtspringe zusammenkommenden Kollegen aus der Altmark und Umgegend gehört, wieviel akute Geisteskranke früher, ehe die so leicht zu bewirkende Verbringung nach Uchtspringe möglich war, rasch verstarben, ehe die Aufnahme in die Wege geleitet oder genehmigt war. Wo die praktischen Ärzte wegen ungenügender Vorbildung und ohne ständigen Kontakt mit Psychiatern die beginnende Psychose nicht als solche erkennen, allenfalls als unbedenkliches, vorübergehendes Begleitdelirium einer körperlichen Erkrankung ansprechen, da dürften solche Todesfälle nach akuter Geistesstörung noch häufiger vorkommen, nur spricht man aus Unkenntnis oder aus Rücksicht auf die Familie nicht von Psychose, sondern nur von Kopftyphus, Nervenfieber, Hirnentzündung.

In den meisten hierher gehörigen Fällen würde durch rechtzeitig eingeleitete Anstaltsbehandlung, auch wenn solche nur rein symptomatisch erfolgte, der rasche Ausgang in Tod vermieden und damit allein schon, falls es eine an sich heilbare Psychose war, die Möglichkeit der Heilung offen gehalten sein. Den Satz von *Scholz*: „Im allgemeinen dürfen die akuten Geistesstörungen nicht zu den tödlichen Krankheiten gerechnet werden, und eine Indicatio vitalis hat die Anstalt bei der Behandlung der Psychosen selbst nur selten zu erfüllen“ kann ich auf Grund meiner draußen im Leben und drinnen in der Anstalt gesammelten Erfahrung nicht bestätigen. Jeder Anstaltsleiter, der alljährlich viele Hunderte von Geisteskranken und namentlich auch zahlreiche sogenannte Dringlichkeitsfälle mit Wegfall aller Formalien aufzunehmen Gelegenheit hat, wird gleich mir viele Dutzende von Kranken in einem Zustand von Erschöpfung einliefern sehen, der ohne energisches, sachkundiges Eingreifen den alsbaldigen Tod bedingt hätte. Ein, zwei Tage später, und die Einlieferung hätte nicht mehr zu erfolgen brauchen. Übrigens sind es vielfach gerade die mit Stricken gebundenen oder aus irgend einem Raum à la Spritzenhaus kommenden akut tobsüchtigen Kranken, welche über und über mit Flecken und Schrunden bedeckt, mit borkigen Lippen, klebrigem Schweiß, kleinem jagenden Puls usw. im Zustand äußerster Erschöpfung eingeliefert und nur mühsam durch ärztliche Kunst dem schon nahen Tode entrissen werden.

Meine Herren! Je einfacher, leichter und rascher die Aufnahme der Kranksinnigen in die Anstalt sich bewirken läßt, je mehr Publikum, Ärzte und Behörden sich daran gewöhnen, bei frisch einsetzender Geistesstörung ungesäumt eine Anstaltsbehandlung herbeizuführen, desto mehr heilbare Kranke gelangen zur Aufnahme, desto günstiger gestaltet sich die Genesungsziffer. Aber keineswegs allein deshalb, wie *Scholz* behauptet, weil die Kranken draußen schon gesund würden, ehe noch Angehörige

oder Behörden ihren Entschluß zur Anstaltsüberführung des Erkrankten in die Tat umgesetzt hätten, sondern, wie ich dargelegt zu haben glaube, unter anderen auch um deswillen, weil die Aufnahme gar mancher heilbarer Kranksinnigen durch vorzeitigen, direkt oder indirekt mit ihrer akuten Geistesstörung zusammenhängenden Tod unterbleibt.

Daß infolge nicht rechtzeitig eingeleiteter Anstaltsbehandlung eine von Haus aus akute, heilbare Psychose chronisch oder gar unheilbar werden könne, verneint *Scholz* auf das bestimmteste mit der Begründung, die Krankheit nehme allemal den Ausgang, den sie nehmen muß, ohne Rücksicht auf die Einflüsse von außen, die psychotische Entwicklung bringe nichts Neues, sie sei einfach die Auswicklung bereits vorhandener, latenter Keime. Der Glaube an den exogenen Faktor spiele bei der Entstehung der Psychose in der alten Wissenschaft noch eine größere Rolle, als er es jetzt tut.

Meine Herren! In dieser Unterschätzung des exogenen Faktors, in einseitiger Überwertung des endogenen Momentes scheint mir die durch nichts bewiesene verneinende Behauptung in erster Linie begründet zu sein. Mit Gegenbehauptungen und Hinweisen auf andere Erfahrungen ist natürlich *Scholz* nicht beizukommen, sein Standpunkt ist durch seine Theorie unerschütterlich gefestigt. Er sagt: „Eine akute Amentia genest unter allen Umständen — die Tendenz zur Heilung macht eben die Eigenart ihres Wesens aus. Bleibt die Krankheit, die man ursprünglich für eine Amentia gehalten, ungeheilt, so ist es eben keine Amentia gewesen, man hat sich in der Diagnose geirrt". „Und wo zwei Leiden mit denselben Symptomen beginnen und anfangs sozusagen den gleichen Weg marschieren, um später erst getrennte Pfade einzuschlagen, das eine Mal den zur Genesung, das andere Mal den zur Verblödung, da zögern wir nicht, zu erklären, daß unsere Diagnostik noch zu unvollkommen sei, um gleich bei Beginn die beiden in ihren Symptomen ähnlichen, aber in ihrem Verlauf verschiedenen Prozesse auseinander zu halten."

Meine Herren! Bei solcher Art Beweisführung und Begründung ist einander nicht näher zu kommen, und es dürfte zu den Unmöglichkeiten gehören, einen Psychiater von dem dogmatischen Standpunkt unseres Kollegen *Scholz* jemals zu überzeugen, daß durch Verschleppung der Aufnahme, durch zu spät eingesetzte oder unterbliebene Anstaltsbehandlung irgend eine Psychose ihren Charakter oder auch nur ihren zeitlichen Ablauf zum Schlechteren verändert habe.

Ist denn für die Entstehung der Geistesstörungen der exogene Faktor wirklich gar so nebensächlich und bedeutungslos? Auf unserer letzten Tagung in Berlin hat der nunmehr verewigte Geheimrat *Hitzig*, dem doch gewiß eine vorzügliche Beobachtungsgabe und klares Urteil nicht abzusprechen war, der, nebenbei bemerkt, von dem therapeutischen

Können berufener Psychiater und guter Anstalten vollauf überzeugt war, uns mitgeteilt, wie unverkennbar eine Abnahme der sogenannten Puerperalpsychosen stattgefunden habe. Auch andere erfahrene Psychiater bestätigten die Tatsache, daß im Anschluß an das Wochenbett, offenbar infolge der besseren Aseptik, Wochenbetthygiene und Diätetik, heutzutage weit weniger Psychosen entstünden als früher. Gewiß ein Beweis für die Bedeutung des exogenen Faktors.

Wie hingegen unter besonders ungünstigen äußeren Verhältnissen Psychosen in höherer Zahl entstehen, hat z. B. erst kürzlich der russisch-japanische Krieg erwiesen, in welchem nach dem übereinstimmenden Bericht der russischen Militärärzte infolge der Entbehrungen, Strapazen und Aufregungen überaus zahlreiche, schwere akute Geistesstörungen ausbrachen. Auch der südwestafrikanisehe Feldzug, der an die körperliche und seelische Spannkraft der Mannschaften und Führer überaus hohe Anforderungen stellte, ist gekennzeichnet durch das ungemein häufige Entstehen von Psychosen: Ein im vorigen Jahre zu meinem Fortbildungskurs kommandierter Oberstabsarzt der Marine, welcher sowohl im Chinafeldzug wie im südwestafrikanischen Krieg mit der Leitung eines Etappenlazaretts betraut war, hat mir mitgeteilt, daß körperliche Erkrankungen der Südwestkämpfer ganz unverhältnismäßig häufiger von schweren psychischen Störungen begleitet und gefolgt gewesen seien, als dies in China der Fall war. Während der aufregenden Schlacht bei Groß-Nabas am 3. Januar 1905 wurden — wie ich von einem Offizier erfuhr und wie auch im Generalstabswerk zu lesen ist — außer einer Anzahl Mannschaften auch zwei der besten Offiziere, die durch ununterbrochene Strapazen, durch Hunger und mehr noch durch lange nicht gestillten Durst vollkommen erschöpft waren, plötzlich schwer geisteskrank; der eine rannte direkt in die Hottentotten hinein, der andere attackierte den eigenen Führer und mußte gefesselt werden.

Angesichts solcher erschütternden Beobachtungen die Bedeutung des exogenen Faktors für die Entstehung von Psychosen gering zu bewerten und sich mit der Theorie abzufinden, das sei „einfach die Auswicklung bereits vorhandener latenter Keime“ hieße denn doch wohl der Wucht der Tatsachen Hohn sprechen!

Auch im ruhigeren Alltagsleben können psychische und körperliche Schädlichkeiten bei dem und jenem Menschen sich derart häufen und zusammenfallen, daß auch ein von Haus aus für Durchschnittsverhältnisse genügend starkes, psychisch ausreichend geeichtes Nervensystem versagt und eine Psychose ausbricht, die unter anderen, weniger ungünstigen Umständen nie entstanden wäre. Beispiele hierfür kennt jeder mitten im Leben stehende Nervenarzt und Psychiater und weiß aus eigener Erfahrung, daß für Verlauf und Ausgang wesentlich mit-

bestimmend ist, wie weit die körperlichen Schädigungen ausgeglichen, die psychischen Noxen beseitigt oder behoben werden können. Die diagnostische Aufgabe des Praktikers ist durchaus nicht durch Erhebung eines genauen Befundes und Feststellung einer bestimmten psychischen Krankheitsform erledigt, viel schwieriger und verantwortungsreicher ist für ihn zuweilen, mit kundigem Blick das ganze Milieu rasch zu durchmustern und — trotz bewußter oder unabsichtlicher Verschleierung seitens der Angehörigen — herauszufinden, welche äußeren Umstände und Verhältnisse, welche Erlebnisse und Befürchtungen die Psychose gezeitigt und ausgelöst haben. Er wird sich nicht mit der bequemen Annahme zufrieden geben, an dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Krankheit könne unsere Therapie nichts ändern, wird vielmehr alles daransetzen, dem kranken Menschenkind die ermittelten Hindernisse und Fährlichkeiten aus dem Wege zu räumen. Manch einer von uns hat in geschickter Lösung der daraus sich ergebenden, mitunter recht schwierigen therapeutischen Aufgaben überraschende Wendung und Heilung erzielt und darin eine innere Genugtuung erlebt, welche keine noch so wissenschaftlich eingekleidete Theorie zu trüben vermag.

Meine Herren! Die ätiologische Bedeutung mancher Infektionskrankheiten — der Syphilis gar nicht einmal zu gedenken — für die Entstehung von Psychosen ist aus eigener Erfahrung jedem Psychiater bekannt, der einigermaßen mit dem praktischen Leben und der inneren Medizin Fühlung hält, viele frische Psychosen zu Gesicht bekommt und den mitunter fließenden Übergang einer ursprünglich rein körperlichen Erkrankung in eine Neurose und Psychose zu beobachten Gelegenheit hat. Es sei, um nur eine Infektionskrankheit herauszugreifen, nach der ich ebenso regelmäßig fahnde wie nach Trauma, Alkohol und Syphilis, der akute Gelenkrheumatismus genannt, dessen Kausalzusammenhang mit der Chorea rheumatica, die in ausgesprochenen Fällen kaum je ohne psychische Störungen verläuft, über jeden Zweifel feststeht. Kein Kundiger wird bezweifeln können, daß eine rechtzeitig einsetzende spezifische Therapie auf Verlauf und Ausgang einer Choreapsychose von Einfluß sein kann.

Auch manche anderen akut oder schleichend einsetzenden Psychosen stehen unverkennbar mit dem Gelenkrheumatismus und ihm verwandten rezidivierenden Anginen in ursächlichem Zusammenhang. Hierher gehören beispielsweise manche Formen polyneuritischer Psychosen. Einer der von *Knapp* in seiner Monographie beschriebenen schweren Fälle mit ausgesprochenster *Korsakow*scher Amnesie, zeitweiligen Fieberbewegungen usw. wurde von uns auf Grund dem Fieber synchroner, schmerzhafter Anschwellungen der Fingergelenke mit Salol

behandelt und gelangte vollständig zur Heilung ohne irgend einen erweislichen, psychischen Defekt. Es sei zu erwähnen gestattet, daß auch in der Vorgeschichte der zur *frühen Verblödung* neigenden Kranken sehr häufig Gelenkrheumatismus, zumal in schleichender Form, angetroffen wird. — Die ätiologische Bedeutung der *Nierenerkrankungen*, der *Herz- und Gefäßveränderungen*, der *Magendarmstörungen* bei Entstehung und Verlauf mancher Psychosen kann ein somatisch geschulter Nervenarzt und Psychiater namentlich auch in der ambulanten Praxis auf Schritt und Tritt erkennen und daraus wirksamste therapeutische Indikationen ableiten. Wie manche Erkrankungen der *Stoffwechselorgane* bei *Überwertigkeit* oder *Versagen* zu schwersten psychischen Störungen führen können, hat uns das Studium und die Behandlung der *Schilddrüsenerkrankungen* doch bereits mit frappierender Deutlichkeit gelehrt.

Ist aber, meine Herren, für die *Entstehung von Psychosen*, wie ich dargetan zu haben glaube, die *Bedeutung exogener Faktoren*, mögen sie nun psychischer Natur sein oder in anderweiter körperlicher Erkrankung, in Insuffizienz oder Überwertigkeit des und jenes anderen Organs bestehen, erwiesen, dann ist auch einer *kausalen Behandlung der Weg gebahnt*, dann ist der *Satz grundfalsch*, an dem Verlauf der einmal ausgebrochenen Psychosen vermöchten wir mit unserer Therapie nichts zu ändern.

Die Überzeugung von der Nichtigkeit und Fruchtlosigkeit jedweder Therapie der Psychosen dürfte *Scholz* zu dem Glauben geführt haben, den Anstalten lediglich Pflegedienste zuzuerkennen und irgendwelche therapeutische Leistungen abzusprechen.

Wer hingegen meinen Darlegungen beipflichtet — und ich glaube, jeder interne Mediziner, jeder Psychiater, der gleichzeitig Nervenarzt, und das müßten alle Psychiater sein, ist und mit der somatischen Medizin Fühlung behalten hat, wird mir in der Hauptsache zustimmen —, der muß den *Scholz*schen Standpunkt für grundfalsch und für bedauernswert halten, der wird mit mir energisch Verwahrung dagegen einlegen, daß die mit so großen Mitteln erbauten und unterhaltenen deutschen Anstalten für Kranksinnige ausschließlich zu *Pflegestätten herabgedrückt werden, die keinerlei positive therapeutische Arbeit* leisten.

Mit Herrn Kollegen *Scholz* stimme ich darin vollständig überein, daß der *Heilwert der Anstaltsbehandlung vielfach stark überschätzt* worden ist. Auch ich glaube, daß die namentlich aus Statistiken hergeleitete Ansicht, wie sie beispielsweise *Thurmann* ausspricht: „Es genesen, wenn die Kranken innerhalb der drei ersten Monate beim ersten Anfall übergeben werden, 78,18 %, wenn sie länger als ein Jahr krank waren, 19,16 %" durchaus unrichtig ist. Je stürmischer und für den Laien erschreckender eine Psychose ausbricht — und das

Heilresultate versprachen, dürften übersehen haben, daß der glatte rasche Ablauf einer stürmischen Phase durchaus nicht gleichbedeutend ist mit Heilung. „Der Begriff der Heilung und Heilbarkeit überhaupt ist", wie *Griesinger* schon im ersten Band seines Archivs ausführte, „in der Psychiatrie zu oft und mit zu wenig Kritik angewendet worden." „Die vollen Heilungen sind nicht so außerordentlich häufig, ja sie sind selbst nur bei einer ziemlich beschränkten Klasse von Kranken möglich." So *Griesinger* im Jahre 1867. Die weitere 40jährige Entwickelung der wissenschaftlichen und praktischen Psychiatrie hat gelehrt, daß trotz aller Fürsorge für die Kranksinnigen dieser Ausspruch unseres Altmeisters volle Gültigkeit behalten hat. Andererseits hat die Ausbildung der freieren Verpflegungsformen, die planmäßige Einführung der Beschäftigung sowie die weniger ängstliche Handhabung der Versetzungen, Beurlaubungen und Entlassungen gezeigt, wie trotz langjährigem Festwurzeln und Stillstehen der Krankheit bei scheinbarem Tiefstand der Intelligenz noch weitgehende Besserungen und selbst Heilungen zustande kamen. „Wir erleben Spätheilungen," sagt *Scholz*, „an die kein Irrenarzt mehr zu denken gewagt, und Patienten, die in der Anstalt nicht vorwärts kamen, genesen (welche Ironie!) nach der Entlassung." Die Tatsache ist uns allen ebensowohl wie *Scholz* bekannt, nur erscheint vielen von uns eine Genesung nach der Entlassung nicht als Ironie, sondern als Beweis für die Ansicht, daß gar manche Psychose in ihrem Verlauf und Ausgang abhängig ist von dem Milieu, daß für manche Kranksinnigen — worauf namentlich auch *Bleuler* mehrfach hingewiesen hat — in irgend einer Phase auch die Anstalt, und wenn es die allerbeste ist, ein Hemmnis der weiteren Besserung, der Genesung darstellt. Von der Versetzung in andere Abteilungen, Verlegung in andere Häuser und in Familienpflege, von Beurlaubungen und versuchsweiser Entlassung zum Zwecke weiterer Besserung und Anbahnung der Genesung wird heutzutage planmäßig und ausgiebigst von vielen Anstaltsleitern mit bestem Erfolg Gebrauch gemacht. Einer der hauptsächlichsten Gründe, welche mich bestimmt haben, so energisch für Einführung und Ausbreitung der Familienpflege einzutreten,

war gerade die *Annahme der Schädlichkeit des Anstaltsmilieus für manche Kranke*, war die Hoffnung, daß unter dem Anreiz des Lebens noch weitgehende Besserung und vereinzelt auch Genesung erzielt werde, die in der Monotonie der Anstalt *nicht* zu erwarten sei. Meine Erwartungen wurden übertroffen, und gar mancher Kollege hat ähnliche erfreuliche Erfahrungen gemacht.

Auch in bezug auf frische Psychosen bin ich durchaus nicht der Ansicht, daß die Heilungsaussichten in der Anstalt und gar in jeder Anstalt *stets günstiger sind als draußen*. Namentlich die *großen Wachsäle mit der unvermeidlichen Häufung unruhiger und beunruhigender Elemente sind ganz darnach angetan, manchem aus stiller, rücksichtsvoller Umgebung kommenden, akut Geistesgestörten mit überempfindlichen Sinnen, mit Beziehungsvorstellungen und Angstzuständen den letzten Rest von Besonnenheit, Krankheitseinsicht und Selbstbeherrschung zu rauben.* Wer häufig beginnende Psychosen in der Sprechstunde, in der Familie und kurz darauf im Wachsaal gesehen hat, weiß, welch rasche Wandlung des Bildes vor sich gehen kann, die nicht gerade immer zugunsten des neuen Aufenthaltes spricht. Als im Frühjahr 1891 die Verlegung der psychiatrischen Klinik zu *Halle* aus den jahrelang ermieteten zwei Privathäusern in der Magdeburgerstraße nach den geräumigen Neubauten am Mühlrain stattfand und die bis dahin in kleineren Zimmern zu zwei bis höchstens vieren untergebrachten Kranken in die großen, lichten Wachsäle mit je 12 Betten übersiedelten, da war eine erhebliche Verschlimmerung mancher bereits weit in der Rekonvaleszenz befindlichen Personen, namentlich auf der Frauenseite, ganz unverkennbar. Ich konnte mich der Überzeugung nicht verschließen, daß das neue Milieu mit den erschütternden Eindrücken, die manche Neuaufnahmen auf unsere Rekonvaleszenten machten, bei vielen von ihnen die Genesung nicht unerheblich verzögerte. Nach vielen Jahren hatte ich Gelegenheit, eine gebildete, junge Dame mit rezidivierender Melancholie zu behandeln, die damals nahezu gesundet die Übersiedelung der Klinik und die Verlegung in einen Wachsaal miterlebt und ebenfalls eine erhebliche Verschlimmerung ihres Zustandes erfahren hatte. In überzeugender Weise schilderte sie, wie sie unter den neuen Verhältnissen durch den ständigen Anblick unruhiger, erregter Neuankömmlinge wieder schlaflos und ängstlich geworden sei und nach und nach alle im Wachsaal ausgestoßenen Selbstanschuldigungen als Widerhall ihrer eigenen, wiedererwachten Gewissensangst empfunden und nachgesprochen habe.

Meine Herren! Ich stehe mit dieser Ansicht des schädigenden Einflusses der großen Wachsäle für manche Kranken durchaus nicht allein und bin mit vielen Kollegen der Annahme, daß zu *langes, untätiges*

Verweilen im Wachsaal — auch das zu lange Bettliegen ist nicht selten schädlich — bei leicht bestimmbaren Kranken ein gut Teil jener Symptome zeitigen kann, die von mancher Seite als zum Wesen der Krankheit gehörig angesprochen werden. Es gibt überhaupt auch heutzutage noch, namentlich in alten, geschlossenen Anstalten, bei uns in Deutschland und besonders im Ausland eine ganze Menge von Anstaltsartefakten.

Meine Herren! Diese Schattenseiten des Anstaltsaufenthaltes, welchen übrigens durch geschickte Bauanlage, Raumverteilung und Gruppierung der Kranken wirksam begegnet werden kann und bei Entwurf des allgemeinen Bauprogramms für neue Anstalten in jüngster Zeit durchweg in Deutschland gebührend Rechnung getragen ist, werden reichlich überwogen durch Vorzüge, welche auch *Scholz* teilweise der Anstaltsbehandlung oder vielmehr der Anstaltspflege zuerkennt. Auch er rühmt der Anstalt nach: „sie gewährt eine geschulte, einsichtsvolle Pflege, an der es draußen oft gebricht, und nimmt dadurch der Krankheit einen guten Teil ihres abschreckenden Charakters". Nach *Scholz* legt die Anstalt „den Ausbrüchen kranker Leidenschaften Zügel an, gibt Trost und Ruhe, beseitigt üble Gewohnheiten, erzieht zur Sauberkeit und Sorgfalt und sichert vor Gefahren, vor Mißhandlungen und Spott". Man sollte meinen, wer all' das zugibt und den Wert geschulter Pflege für den Ablauf somatischer Krankheiten, die Bedeutung der Ruhe für überreizte Nerven zu ermessen versteht — und das muß man eigentlich bei jedem Arzt, auch dem, der nicht Psychiater ist, voraussetzen —, müsse auch einsehen, daß dadurch für heilbare Gehirnkranke günstigere Heilchancen und ein rascherer, glatter Heilverlauf gewährleistet sind. *Scholz* verneint dies glattweg und begründet seine Verneinung mit der Behauptung, akute Psychosen heilen überall, wo es nur sein mag, in der Anstalt und außerhalb, bei guter und bei schlechter Pflege, es fehle uns an Vergleichen zwischen dem Verlauf einer Psychose drinnen und draußen. Er argumentiert: „Denn die Anfälle, sagen wir meinetwegen bei einem Manischen oder Epileptischen, wechseln an Dauer und Heftigkeit auch bei gleichbleibenden äußeren Verhältnissen, z. B. in der Anstalt selbst".

Meine Herren! Dadurch, daß *Scholz* zugunsten seiner Theorie auf die Anfälle bei Epileptischen hinweist, eröffnet er die Möglichkeit, aus dem Bereich bloßer Behauptungen und Gegenbehauptungen herauszukommen und den Widerstreit der Ansichten auf realen Boden zu verlegen. Gerade in bezug auf die Anfälle bei Epileptischen fehlt es nicht an ausreichenden Vergleichen draußen und drinnen, an exakten Beobachtungen und Untersuchungen, die mit experimenteller Beweiskraft die hohe Bedeutung der äußeren Verhältnisse dartun. Besonderes Interesse beansprucht der sogenannte Status epilepticus, état de mal, der epileptische Daueranfall, in welchem ein sehr erheblicher Bruch-

teil der außerhalb der Anstalt lebenden, auch der beurlaubten Epileptiker verstirbt. Selbst in den früheren Spezialanstalten für Epileptische kam der Status überaus häufig zur Beobachtung und bedingte nach *Wildermuth* fast die Hälfte der Todesfälle. Dem Jahresbericht pro 1899-1900 einer altbekannten Anstalt für Epileptische und Schwachsinnige entnehme ich, daß von 9 gestorbenen Epileptikern 7 im Status epilepticus den Tod fanden. Demgegenüber ist in der von mir geleiteten Anstalt Uchtspringe mit rund 1400 Kranken, darunter rund 550 Epileptikern, in manchem Jahr auch nicht ein einziger Epileptiker im Status verstorben. Durch vorbeugende Behandlung vermögen wir, wie ich in einer Abhandlung über Status epilepticus [1]) dargelegt habe, das Vorkommen von Status fast ganz zu verhüten, und durch sachgemäßes Eingreifen einen solchen, wenn er dennoch vorkommt, nahezu ausnahmslos alsbald wirksam zu bekämpfen. Ebenso wie bei uns hat auch in den anderen fachärztlich geleiteten Anstalten mit großem Epileptikermaterial der Status aufgehört der Schrecken der Ärzte zu sein. Wie schon durch diätetische Behandlung es gelingt, bei vielen Epileptikern die Zahl, Dauer und Intensität der Anfälle ganz erheblich herabzusetzen, habe ich vor 3 Jahren in dieser Versammlung auf Grund jahrelang fortgesetzter, planmäßig angestellter Ernährungsversuche vortragen und graphisch demonstrieren können [2]). Ich verweise auf die damals vorgeführten Tabellen, die Interessenten auch heute zur Verfügung stehen, und rekapituliere nur kurz, wie es durch eine kombinierte diätetisch-medikamentöse Behandlung gelang, die Gesamtzahl der Anfälle auf ein Achtel herabzumindern und manche vordem schwer heimgesuchte Kranken ganz anfallfrei zu machen. Hand in Hand mit dem Nachlassen und Schwinden der Anfälle ging bei den meisten, namentlich den jugendlichen Epileptikern, eine überraschende Besserung der geistigen Entwicklung. Gerade das genaue Studium der Epileptiker belehrt jeden vorurteilslosen Arzt, von welch weitgehendem Einfluß der exogene Faktor ist, wie die Anstaltsbehandlung die Heilungsaussichten erheblich zu bessern vermag.

Übrigens spielt in der Genese der Epilepsie und auch der Idiotie der exogene Faktor, namentlich in Gestalt der Infektionskrankheiten, eine weit wichtigere Rolle, als für gewöhnlich angenommen wird; daraus ergibt sich manch verheißungsvoller therapeutischer Ausblick.

Auch das Delirium alkoholicum hat *Scholz* zur Begründung seiner Theorie herangezogen, indem er behauptet: „Alkoholiker machen ihr Delirium in der verpönten Krankenhauszelle ebenso rasch durch, wie in der modernsten Klinik". Meine Herren, hier gehe ich noch weiter

---

[1]) *Alt,* Die Bekämpfung des Status epilepticus. Münch. med. Wochenschrift 1905 Nr. 13.

[2]) *Alt,* Die diätetische Behandlung der Epileptiker. Zeitschr. f. klinische Medizin. Bd. 53 (*Riegel*-Festschrift).

Kliniken und Anstalten. Das bestreitet doch wohl selbst Herr Kollege *Scholz* nicht. Wie durch sachgemäße Pflege und ärztliche, namentlich auf rasche Entgiftung, sowie auf Stärkung der Herztätigkeit hinwirkende Behandlung die Mortalitätsziffer der Alkoholdeliranten erstaunlich herabgemindert werden kann, ist mit klassischer Präzision und Beweiskraft von unserem Kollegen *Ganser* [1]) auf Grund eines über tausend Fälle zählenden Materials dargetan worden. *Ganser* hat die Mortalität auf 0,88 % herabgedrückt. Überhaupt hat, gerade bei Alkoholkranken, die Anstaltsbehandlung nicht selten Erfolge aufzuweisen, die draußen nicht zu erzielen sind.

Wie für Alkoholdeliranten erweist sich überhaupt für akut verwirrte oder bis zur Tobsucht erregte Kranke die Verbringung in die Anstalt nicht selten als lebensrettend. Die Erkenntnis, daß die Tobsucht im Gefolge der frischen Geisteskrankheit fast durchweg Artefakt ist und kaum größere Berechtigung hat wie das Wundfieber nach einer Verletzung, wie das Puerperalfieber nach einer Entbindung, verdanken wir erst den Erfahrungen in guten Anstalten, wo tobsüchtige Erregungszustände sich nahezu vermeiden lassen. Wie bei anhaltendem Toben und dem dabei unvermeidlichen Kräfteverschleiß, bei fehlendem Schlaf und ungenügender Ernährung auch vordem kräftige Personen rasch verfallen können, sehen wir oft genug bei nahezu moribund eingelieferten Dringlichkeitsaufnahmen. Welche Maßnahmen zur Hebung der schwindenden Kräfte, zur Erzielung von Ruhe und Schlaf zu treffen sind, braucht vor Fachmännern ebensowenig erörtert zu werden, wie die Bedeutung des Schlafes und die Fernhaltung starker Reize für ein krankes Gehirn.

Meine Herren! Es ist unmöglich und überflüssig, im Rahmen eines Vortrages die bei den verschiedenen Formen und Phasen psychischer Krankheiten heutzutage gebräuchlichen Behandlungsmethoden einzeln aufzuzählen und auf ihren Wert abzuwägen. Ich greife nur eine heraus. Auch die beste Behandlung, sagt *Scholz*, nimmt einem Melancholischen nicht seine Versündigungsideen. Aber, sage ich, gar manches Mal lindert und benimmt eine sachgemäße Behandlung die Angst, welche die Versündigungsideen gezeitigt hat. Nur ein Bei-

---

[1]) *Ganser*, Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med. Wochenschr. 1907 Nr. 3.

spiel: Als ich vor 2 Jahren bei unserer Tagung in München über die Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit[1]) sprach, habe ich im Bilde eine schwer kranke Dame vorgeführt, welche mit der Diagnose „agitierte Melancholie und Basedow" aus der Klinik in Halle zugeführt worden war. Völlig zum Skelett abgemagert, Ödeme in Knie- und Knöchelgegend, beginnender Dekubitus in der Kreuzbeingegend, jagender Puls nicht unter 144, Eiweiß und Zucker, reichlich Glucuronsäure und Pentosen im Urin, schwebte sie schon ihres körperlichen Leidens wegen in großer Gefahr. Dabei war sie psychisch gewissermaßen die leibhaftige Verkörperung der Angst mit schwersten Versündigungsideen und hartnäckigstem Suiziddrang. Ihr Nahrungsbedarf und Stoffumsatz war mehr als der dreifache eines normalen Menschen, dabei sehr niedrige Toleranzgrenze für Kohlehydrate, und starke Insuffizienz der Nieren für Salzausfuhr. Durch eine dieser Sachlage angepaßte Ernährungstherapie wurden die Basedowsymptome nahezu zum Schwinden gebracht, eine Gewichtszunahme von 20 kg erzielt; Hand in Hand mit der körperlichen Besserung blaßten Angst- und Versündigungsideen ab, um bald ganz zu schwinden. Dieser Ausgang war vorhergesagt. Wer sollte hier den kausalen Zusammenhang zwischen Morbus-Basedow und Psychose verkennen und bestreiten wollen, daß die Behandlung der Kranken ihre Angst und Versündigungsideen genommen hat!

Meine Herren! Da durch diesen Fall von Melancholie auf Basedowscher Grundlage die durch Erkrankung der Schilddrüse bedingten psychischen Störungen angeschnitten sind, so sei auch der Hinweis auf die bei Myxidiotie erzielten, geradezu frappierenden Erfolge gestattet. Ich habe auf der bereits erwähnten Münchener Tagung unseres Vereins im lebensgroßen Bilde ein paar Beispiele vorführen können, welche die denkbar deutlichste Illustration der Leistungsfähigkeit unserer heutigen Anstalten darstellen. Ist so was bei der bis vor wenig Dezennien als Typus der Unheilbarkeit geltenden Myxidiotie möglich gewesen, wer wollte da nicht hoffen dürfen, daß auch für manche der heute noch unheilbar genannten Psychosen dermaleinst wirksame Heilmittel und Methoden gefunden werden!

Selbst die endogenen, auf dem Wege der Vererbung übermittelten Psychosen beruhen nicht immer ausschließlich auf schadhafter Anlage des Gehirns; auch manche überkommene Minderwertigkeit anderer Organe und Gebilde, z. B. der Verdauungs- und Stoffwechselorgane, des Gefäßsystems usw., bedingen von vornherein eine ernste Gefährdung des Individuums auch in bezug auf Psyche. Gelingt es, mittels der funktionellen Diagnostik deren Betriebsstockungen und regelwidrige Leistungen bei

[1]) *Alt*, Die Ernährungstherapie der Basedowschen Krankheit. Münch. med. Wochenschr. 1906 Nr. 24.

Zeiten zu ermitteln und auszugleichen, so kann dadurch auch der Verlauf der etwa durch sie mitbedingten Psychose günstig beeinflußt werden.

Mir ist natürlich ebenso wie Ihnen allen bekannt, daß ein großer Prozentsatz der Kranksinnigen keine Aussicht auf Heilung hat, und daß auch die beste Anstalt ihnen Genesung nicht bringen kann. Aber selbst in der Mehrheit dieser in bezug auf völlige Heilung trostlosen Fälle vermag eine sachgemäße Anstaltsbehandlung namentlich auch durch rechtzeitig einsetzende individuell angepaßte Beschäftigungstherapie sehr weitgehende Besserung zu erzielen, das Los der Kranken freundlicher zu gestalten und vielen die Rückkehr ins Leben zu ermöglichen. Auch solche Arbeit und partielle Wiederherstellung — wenn ich so sagen darf „psychiatrische Orthopädie" — ist mehr als bloßer Pflegedienst.

Meine Herren! Als ich vor 20 Jahren als Assistent der medizinischen Klinik in Gießen ausschied, um an die psychiatrische Klinik in Halle überzusiedeln, da sagte mein hochverehrter, mir väterlich gesinnter Chef, Professor *Riegel*: „Schade um Ihre schönen medizinischen Kenntnisse, für welche Sie in der Psychiatrie doch keine Verwertung haben", worauf ich entgegnete, ich gedenke enge Fühlung mit der inneren Medizin zu halten und hoffe zuversichtlich, damit meinen künftigen Kranken zu nützen. Meine Zuversicht ist nicht getäuscht worden, ich lebe der Überzeugung, daß auch ich an meinem Teil mit dazu beigetragen habe, gar manchem Geisteskranken in der Anstalt die Heilungsaussichten günstiger zu gestalten und zu rascherer Genesung zu verhelfen. Zu therapeutischem Nihilismus und Pessimismus liegt für uns Psychiater kein Grund vor, unheilbare Kranke gibt es in allen Disziplinen.

Für die an sich heilbaren Kranksinnigen ist das sicherste Mittel zu rascher und voller Gesundung die rechtzeitige Verbringung in eine zeitgemäß angelegte Anstalt, deren Leiter und Ärzte enge Fühlung halten und vertraut sein müssen mit den Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der inneren Medizin, welche ist und bleibt die Nährmutter der Nervenärzte und Psychiater. —

Zum Worte meldet sich niemand, und die Versammlung bezeugt ihr Einverständnis mit dem Vorsitzenden, als dieser aus dem Verzicht auf Diskussion auf allseitige Übereinstimmung mit den Ausführungen *Alts* schließt.

Nachdem dann *Hüfler*-Chemnitz nachträglich Bilder demonstriert hat, die sich auf seinen Vortrag (siehe S. 469) beziehen, spricht

Brodmann-Berlin: Über den gegenwärtigen Stand der histologischen Lokalisation der Großhirnrinde.

Vortr. berichtet an der Hand von Mikrophotographien und schematischen Hirnkarten über seine seit Jahren betriebenen, nunmehr zu einem vorläufigen Abschlusse gelangten Untersuchungen über die vergleichende

Großhirnrindenlokalisation in der Säugetierreihe. Die Grundlage dieser Untersuchungen bildet die Zellschichtung des Rindenquerschnittes oder die Cytoarchitektonik und deren regionäre Modifikationen.

Der tektonische Grundplan der Großhirnrinde (im Querschnitt) ist durch die ganze Säugetierreihe die Sechsschichtung. Alle Varietäten der Zelltektonik lassen sich aus dem sechsschichtigen Grundtypus herleiten oder auf ihn zurückführen, wie Vortr. im einzelnen an Mikrophotographien von zahlreichen Vertretern der verschiedenen Säugetierordnungen (Primaten, Prosimier, Makrochiropteren, Rodentier, Karnivoren, Marsupialier) demonstriert. Die entgegenstehenden Anschauungen von *Cajal* und *Haller*, wonach in der Tierreihe absteigend eine anatomische Vereinfachung im Rindenbau, namentlich durch gänzliches Fehlen einzelner bei höheren Säugern vorhandener Schichten, bestehen soll, werden als irrtümlich zurückgewiesen.

Die örtlichen Verschiedenheiten im Schichtenbau beruhen in der Hauptsache auf Vermehrung oder Verminderung oder Umlagerung der einzelnen Schichten des tektonischen Grundtypus. Die regionär modifizierten Rindentypen sind namentlich beim Menschen zahlreich, bei manchen niederen Mammaliern dagegen spärlich. Einzelne durch starke Abweichungen der Tektonik ausgezeichnete Typen lassen sich durch die ganze Mammalierreihe nachweisen, wenn auch nicht überall mit gleich scharfer Ausprägung, wie bei den Primaten. Man kann also konstante und inkonstante Formationen unterscheiden und darauf eine Homologie von Rindentypen gründen. (Beispiele werden demonstriert.) Die Höhe der Differenzierung eines Strukturtypus (wie des cortex cerebri überhaupt) hängt jedoch nicht von der Stellung des betreffenden Tieres im zoologischen System ab, sondern ist durch ganz andere Umstände, wie Größe des Gehirns, spezielle Entwicklungstendenz u. a. bedingt.

Dadurch daß sich die Umbildung der Schichtungstektonik örtlich vielfach scharf vollzieht, wird eine räumliche Abgrenzung benachbarter Rindenformationen ermöglicht, und diese wiederum gestattet eine topographische Gliederung der Großhirnoberfläche in Strukturfelder von verschiedenartigem Bau, sog. areae anatomicae.

Für eine größere Anzahl von Tieren legt Vortr. fertige topographische Hirnkarten bzw. Entwürfe zu solchen, welche auf Grund der geschilderten Schichtungsmodalitäten entstanden sind, vor. Ein Vergleich ergibt, daß auch die topische Feldergliederung des Säugergehirns (wie die Querschnittsschichtung der Rinde) von einem einheitlichen Gesetze beherrscht wird, das Vortr. das „Gesetz der Segmentation“ nennen möchte. In schematischer Verdeutlichung zeigt sich dies bei gewissen einfach gebauten, furchenlosen Gehirnen, namentlich dem Hapalegehirn. Bei anderen Säugern ist die Segmentgliederung undeutlicher und verwischt.

Eine Umbildung der Segmentation kann — dies gilt wiederum für die ganze Mammalierreihe — entstehen:

3. durch räumliche Verschiebung oder Verlagerung eines Segmentes oder Segmentteiles.

Diese die spezifische Hirnentfaltung eines Tieres beherrschenden Vorgänge bedingen die großen Variationen in der Oberflächengliederung verschiedener Tiere, die sich in verschiedener Zahl, Größe, räumlicher Gestaltung und Lagebeziehung von Einzelfeldern kundgibt.

Einen Höhepunkt der Differenziation erkennen wir schon in der Zahl der differenten Strukturfelder beim Menschen. Als besondere menschliche Bildungen sind gewisse Typen des Scheitel- und Stirnlappens anzusprechen, namentlich aber die Strukturfelder der regio Broca (area 44 und 45 der Hirnkarte des Vortr.) und diejenigen der *Heschl*schen Querwindungen (area 41 und 42), für die Vortr. eine Homologie bei anderen Säugern nicht finden konnte.

Zum Schlusse wird die Bedeutung der geschilderten anatomischen Feststellungen für die klinische Lokalisationslehre, für die experimentelle Physiologie und für die Histopathologie kurz gestreift. —

Diskussion. — *H. Vogt*-Frankfurt a. M.: Die Bedeutung der histologischen Lokalisation ist nicht nur für die normale Anatomie, die Phylogenie, sondern auch für die Pathologie von Interesse, es ist auch in der Tat möglich, daß die vergleichende Anthropologie daraus Nutzen zieht, jedenfalls gibt der Weg dieser Forschung mehr Anhaltspunkte als der bisherige Vergleich der Hirne verschiedener Menschenrassen auf dem Wege des Gewichts und des Verhaltens der Sulci. Wichtig erscheinen aber die *Brodmann*schen Ergebnisse für die pathologische Entwicklung: in zwei Fällen von Idiotie auf der Basis der Entwicklungshemmung zeigte die Hirnrinde nur Spuren histologischer Lokalisation, die Rinde war fast überall gebaut nach dem rein sechsschichtigen Typus. Der Zeit nach handelt es sich, wie die pathologische Entwicklung zeigt, jedenfalls in der histologisch-lokalisatorischen Differenzierung um ein Ergebnis der späteren Entwicklungszeit.

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Herr *Brodmann* hat als Ergebnis seiner mehrjährigen histologischen Studien die Feststellung zweier Strukturtypen der Hirnrinde angesprochen. 1. Besitze die gesamte Rindenfläche einen einheitlichen und zwar sechsschichtigen Aufbau. 2. Werde diese sechsfache Schichtung in manchen Gegenden durch die Anwesenheit andersgestalteter und durch eine Verschiedenheit in der Zahl überall vorhandener Elemente verwischt, wie dies am prägnantesten an der Calcarinarinde augenfällig wird. Diese Kriterien hat, wie mit Nachdruck hervorgehoben werden muß, nicht *Brodmann*, sondern *Meynert* erkannt und 1868 in seiner Arbeit „Über den Bau der Großhirnrinde und ihre örtlichen

Verschiedenheiten" trefflich geschildert. Es muß ferner nicht unbegründetes Mißtrauen erwecken, wenn Herr *Brodmann* ungeachtet seines eigenen Zugeständnisses, daß es ihm noch nicht gelungen sei, über die baulichen Differenzen positive Angaben zu machen, mit landkartenscharf umrissenen Feldern am Tier- und Menschenhirn hervortritt. Es besteht die Gefahr, daß durch die Details, deren Bedeutung noch sehr fraglich ist, die wesentlichen Verschiedenheiten in den Hintergrund gedrängt und verdeckt werden.

Kölpin-Andernach betont die Wichtigkeit einer genauen Kenntnis der Cytoarchitektonik der Hirnrinde für die Pathologie. Er ist in der Lage gewesen, zwei Fälle von *Huntington*scher Chorea zu untersuchen, in denen sich — abgesehen von allgemeinen degenerativen Veränderungen der Ganglienzellen — in einzelnen Rindengeländen ein Zurückbleiben der Entwicklung auf einer infantilen Stufe nachweisen ließ. *K.* hält solche Veränderungen für speziell wichtig; die *Huntington*sche Chorea ist eine Erkrankung, die sich auf einer degenerativen Basis entwickelt, und Befunde wie die obigen weisen uns vielleicht die Richtung, in der wir die anatomischen Grundlagen für das, was man klinisch unter dem Begriff der Degeneration zusammenfaßt, zu suchen haben.

Brodmann (Schlußwort): Daß die mitgeteilten lokalisatorischen Ergebnisse, wie Herr *Vogt* meint, außer für die Teratologie auch für die Anthropologie von Bedeutung werden können, sofern nur erst die einzelnen Felder noch genauer hinsichtlich der individuellen Variationsbreite und hinsichtlich pathologischer Abweichungen studiert sind, ergibt sich schon aus meinen vor Jahren gemachten Feststellungen an Gehirnen einer niederen Völkerrasse. Ich konnte nachweisen, daß bei Javanern, ähnlich wie es *Elliot Smith* von Ägyptern und Sudanesen beschrieben hat, die Ausbildung der area striata eine Mittelstellung zwischen dem Europäer- und Anthropoidengehirn einnimmt, indem dieses Rindenfeld bei jenen, im Gegensatz zum Europäer, sich stark auf die Konvexität ausdehnt und wie bei Anthropoiden zu einer Art Opercularbildung Veranlassung gibt. Ähnliche Rasseneigentümlichkeiten werden sich wohl noch für andere Feldes feststellen lassen.

Die Befunde *Kölpins* kann ich bestätigen. Es handelt sich in der Tat um ein Persistieren eines infantilen Schichtungstypus.

Die Verdienste *Meynerts* sind von mir überall anerkannt worden und schon in meiner ersten Mitteilung zu dieser Frage (1902) habe ich hervorgehoben, daß ich nur einen Gedanken *Meynerts* verwirkliche, wenn ich eine organologische Gliederung der Großhirnrinde nach anatomischen Gesichtspunkten unternehme. Herr *Nießl v. Mayendorf* ist aber falsch unterrichtet, wenn er behauptet, daß die von mir vorgetragenen Feststellungen von *Meynert* stammen. Weder hat *Meynert* jemals von einem sechsschichtigen Grundtypus in der Säugetierreihe gesprochen — er hat ausschließlich den Menschen behandelt und für diesen generell eine fünf-

schichtige Rinde angenommen, abgesehen von wenigen Ausnahmen — noch hat *Meynert* eine topographische Feldereinteilung beim Menschen oder bei irgend einem Tier je durchgeführt. Der erste, der ein Rindenfeld überhaupt topographisch abgegrenzt hat, war *Bolton* (1900).

Was vom Vorredner im übrigen eingewendet wurde, beweist, daß er den Sinn meiner Ausführungen gar nicht verstanden hat. Sein Mißtrauen gegen meine Angaben trage ich mit Ruhe, solange er keine Gründe nennt. Die Bedeutung meiner lokalisatorischen Ergebnisse ist von zoologischer Seite längst gewürdigt.

O. Fischer-Prag: Die Histopathologie der Presbyophrenie.

F. referiert über weitere Untersuchungen, welche die von ihm in Bd. XXI der Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. beschriebenen und nach ihm für die Presbyophrenie charakteristischen Veränderungen der Hirnrinde betreffen; es wurden bis jetzt 37 senile Demenzen untersucht, von denen 9 einfach dement waren, und in deren Gehirn keine der beschriebenen Drusen vorhanden waren; die übrigen 28 Presbyophrenien mit mehr oder weniger starker Störung der Merkfähigkeit, Konfabulationen oder auch deliranten Zuständen wiesen dagegen alle mehr oder weniger reichliche Drusen auf. Bei 50 Paralysen (darunter 5 über 60 Jahre alte) fehlten dieselben, bei 23 anderen Psychosen (darunter 7 über 60 Jahre alte) fehlten dieselben ebenfalls.

Unter 14 Fällen von Demenz nach Encephalomalacie waren 5 einfach Demente und zeigten keine Drusen, von 9 mit presbyophrenen Zügen hatten 3 spärliche Drusen.

Bei 20 geistig Normalen (darunter 5 Greisen) fehlten die Drusen im Gehirn.

Was den Bau der Drusen anlangt, so kam *F.* durch die weiteren Untersuchungen zu einer etwas anderen Ansicht, als in der erwähnten Publikation mitgeteilt worden ist. Nach der älteren Auffassung waren es nekroseähnliche Herdchen, die auf die benachbarten Neurofibrillen einen derartigen proliferativen Reiz ausübten, daß die letzteren zu zahlreichen Keulen auswuchsen. Es zeigten aber jetzt weitere Färbungen nach *Bielschowsky* und mit verschiedenen Anilinfarben, daß das Zentrum der Drusen aus feinsten Fäserchen besteht, die sternförmig oder zu zopfähnlichen Strähnen vereinigt in ihrem Aussehen vollkommen Drusen von Streptotricheen gleichen, und die das Eigenartige zeigen, daß sie sich immer nur an ein kleines Rindengefäß anschließen. Im Mikroskop sehen die zentralen Teile der Drusen genau so aus wie Bakteriendrusen, die aber das Eigenartige hatten, daß sie keinerlei Entzündung setzen, sondern als einzige Reaktion die Wucherung der Neurofibrillen verursachen. Züchtung wurde schon bei mehreren Fällen gemeinsam mit Dr. *Zupnik* gemacht, jedoch bis jetzt ohne Resultat.

Diskussion. — *H. Vogt*-Frankfurt a. M.: In der pathologischen Abteilung des Frankfurter neurologischen Instituts hat Herr *Hübner*-Bonn im Winter 1908 eine große Zahl von senilen Fällen untersucht. Es kann die Angabe von *Fischer*, daß nicht senile Fälle die Veränderung nicht zeigen, bestätigt werden. Auffallend war die große Verschiedenheit der Fälle in bezug auf Reichtum und Größe des Herdes, sowie die Beziehung zu den Gefäßen; auf das bakteriologische Gebiet kann Redner dem Vortr. nicht folgen. Wahrscheinlicher bleibt, daß es sich um Untergangsvorgänge handelt. Ob nur die Presbyophrenie und nicht auch andere senile Fälle die Veränderung zeigen, hält Redner noch nicht für entschieden. (Es werden mehrere Figuren demonstriert.)

Forster-Berlin fragt, ob Artefakte mit Sicherheit auszuschließen sind, und ob die sogenannten Corpora versicolorata von *Siegert* oder Schimmelpilze nicht in Betracht kommen. Nach seinen Untersuchungen bietet das Rindenbild als Ganzes bei Presbyophrenie eine eigenartige Veränderung, die jedenfalls die Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse mit Sicherheit stellen läßt. Bei einem Fall von Tabes, der nebenbei das Bild einer presbyophrenen Psychose bot, konnte mikroskopisch bei der Hirnuntersuchung an dem charakteristischen Bild nachgewiesen werden, daß es sich wirklich um die Kombination von Presbyophrenie und Tabes gehandelt hat.

O. Fischer (Schlußwort) bemerkt zur Diskussionsbemerkung von *Forster*, daß er durch verschiedene Behandlung der Gehirne und schon einige Stunden nach dem Tode fixierte Gehirne Kunstprodukte ausschließen konnte. Zu dem Einwande von *H. Vogt* bemerkt *F.*, daß er die geschilderten Drusen als etwas dem Gehirn ganz Fremdes, Organisiertes und Wachsendes ansehen müsse, und bei der morphologischen Ähnlichkeit kann er es vorläufig als nichts anderes als Bakterien ansehen.

Reich-Herzberge: Zur Symptomatologie der Manie und verwandter Krankheitsformen.

Reich weist auf Grund von Beobachtungen an dem Material der Anstalt Herzberge darauf hin, daß sehr große Ähnlichkeit besteht zwischen dem Spiel der Kinder und den Betätigungen der Manischen. Diese Beziehungen werden zunächst ausführlicher erörtert. Ein großer Teil der Handlungen Manischer wird am besten als manische Spielerei aufgefaßt. Auch die pathologischen Einfälle der Degenerierten, wenigstens gewisse Formen derselben, stehen in enger Beziehung zu dem Spielen der Kinder. Sowohl das kindliche Spiel, als auch der pathologische Einfall der Degenerierten und das manische Denken sind insofern verwandt, als sie auf einem einfallsmäßigen Denken beruhen. *Reich* möchte den manischen Einfall dem Spieleinfall und dem degenerativen Einfall gegenüberstellen. Der Spieleinfall ist eine normale Erscheinung. Der degenerative Einfall und der manische Einfall sind pathologischer Natur. Der Einfall der Degenerierten

erhebt sich als ein vorübergehendes Intermezzo auf dem Boden eines sonst geordneten Denkens, der manische Einfall dagegen erwächst auf der Grundlage eines erregten Vorstellungslebens. Der manische Einfall ist daher meist flüchtiger als der degenerative Einfall, doch kommen auch langdauernde manische Einfälle vor. *R.* glaubt gegen *Bonhoeffer*, daß auch der degenerative Einfall nicht selten mit pathologischen Affekten einhergeht. Die Größenideen, die Personenverkennungen und ähnliche Erscheinungen bei den Manischen möchte *R.* zu den Einfällen oder Einbildungen und nicht zu den Wahnideen gerechnet sehen. Es handelt sich in Analogie zum Einfall dabei um plötzliche und scheinbar unmotiviert auftretende und plötzlich verschwindende Vorstellungskreise. Sowohl der manische Einfall, als auch der Einfall der Degenerierten sind im Gegensatze zur paranoischen Wahnidee nicht immer egozentrischer Art. Zwischen den drei verschiedenen Arten des Einfalls bestehen völlig fließende Übergänge. *R.* gibt im Anschluß an vorstehende Erwägungen eine kurze Darstellung seiner Auffassung des manischen Denkens:

R. sieht als Charakteristikum des manischen Denkens an: 1. allgemeine Erregung der Vorstellungstätigkeit; 2. Einengung des psychischen Gesichts- oder Blickfeldes, die zu einfallsmäßigem Denken führt.

Das geordnete Denken kann sich unter Umständen gewisser Leit-, Ziel-, Ober- oder Gesamtvorstellungen bedienen. Doch ist das Vorhandensein solcher für den geordneten Ideengang durchaus nicht unbedingt erforderlich. Es genügt die Annahme, daß das psychische Gesichtsfeld, d. h. die Summe des jeweilig vorhandenen Vorstellungsinhalts, nur solche Vorstellungen aus dem Unbewußten auftauchen läßt, die eine assoziative Beziehung zu der Gesamtheit, oder doch zu einem großen Teil der jeweilig vorhandenen Vorstellungen besitzen. Je größer das psychische Gesichtsfeld ist, um so sorgfältiger und auch zeitraubender wird die Wahl unter den Vorstellungen, denen das Auftauchen aus der Latenz gestattet wird, sein. Das Produkt eines weiten Gesichtsfeldes ist daher ein langsames gründliches Denken. Je enger das Gesichtsfeld ist, um so oberflächlicher und flüchtiger wird sich die Vorstellungswahl gestalten, um so oberflächlicher und zusammenhangloser wird daher das Denken sein. Und was vom Denken gilt, gilt dann auch vom Handeln. Das wohlerwogene Handeln ist das Produkt des weiten psychischen Gesichtsfeldes des Gesunden, die Einengung des Gesichtsfeldes beim Manischen muß dagegen ein schnelles, unüberlegtes triebartiges Handeln zur Folge haben, das schließlich bei äußerster Einengung ein reflexartiges werden kann. Auch die den Manischen eigene Hyperprosexie findet ihre Erklärung bei Annahme einer Einengung des psychischen Gesichtsfeldes leicht darin, daß an die Sinnesorgane herantretende Vorstellungserregungen um so leichter Macht auf die Psyche gewinnen werden, je geringer jeweils der Vorstellungsinhalt derselben ist. Die Annahme einer besonderen

Apperzeptionsfähigkeit erfordert die Theorie des psychischen Gesichtsfeldes nicht. Die Einengung des psychischen Gesichtsfeldes ist nicht ohne weiteres ein pathologischer Vorgang, sie kommt wohl auch vorübergehend in gewissen Zuständen der Normalen vor. Das spielerische Benehmen des Kindes ist vielleicht dadurch zu erklären, daß das Kind im Vergleiche zum normalen Erwachsenen ein enges Gesichtsfeld hat und daher ebenso wie der Manische zu einfallsmäßigem Denken neigt.

Auch viele höherstehende Schwachsinnige werden uns vielleicht in ihrem Wesen verständlicher, wenn wir bei ihnen das Bestehen einer Enge des Gesichtsfeldes, allerdings ohne gleichzeitige Erregung, annehmen. Das gleichzeitige Vorkommen einfallmäßigen Denkens bei Manischen und bei Degenerierten ist insofern von Bedeutung, als dadurch die Beziehung der Manie zum degenerativen Irresein auch bezüglich der Symptomatologie in einem neuen Lichte erscheint.

Manche Handlungen der an Dementia praecox Leidenden haben eine gewisse Ähnlichkeit mit manischen Handlungen, ja man kann vielleicht manchmal nicht mit Unrecht von maniformen Phasen im Verlaufe der Dementia praecox reden. Das Entscheidende bleibt dann der Nachweis des Defekts. Gerade der spielartige Charakter des Handelns pflegt bei der Dementia praecox zu fehlen. Es fehlt vo allem die Produktivität und die dem Spiele angemessene Laune. Man hat bei der Dementia praecox überall den Eindruck des Gequälten, Inkongruenten, Zusammenhanglosen und Monotonen. An die Stelle des manischen Mienenspiels tritt das Grimassieren, an Stelle des spielerischen Einfalles die impulsive Handlung; die theatralische Pose des Manischen wird zur stereotypen Haltung, Das Wortspiel wird zum Wortsalat.

Maßgebend für die Diagnose ist nie ein einzelnes Symptom, sondern der Gesamteindruck. Die höheren und komplizierteren Spielereien, insbesondere das Spielen mit Spielzeug und die szenischen Aufführungen der Manischen sind der Dementia praecox fremd.

Nießl v. Mayendorf-Leipzig: Die physiologische Bedeutung der Hörwindung.

Die Hirnrinde produziert Vorstellungen. Die Zuweisung von Vorstellungen eines bestimmten Sinnesgebietes an eine einzige Windung ist nach Analogie der vorderen Zentralwindung, welche als Herd der Bewegungsvorstellungen erkannt wurde, denkbar. *Broca* nahm nur den hinteren Abschnitt der dritten Stirnwindung für die Bewegungsvorstellungen der Sprache in Anspruch, und das Papageiengehirn mit seinem mächtig angelegten, aber ungefurchten Schläfelappen beweist, daß in einer einzigen Windung die akustische Wahrnehmung von Worten und deren Wiederbelebung möglich sei. *Wernicke* hat als erster in dem hinteren Teil der linken ersten Temporalwindung die kortikale Stätte der Wortklangbilder

vermutet. Die daraufhin sich sammelnde Kasuistik bestätigte seine Annahme, wie das die Statistiken *Sepillis, Allen Starrs, Naunyns, Mirailliés* sprechend dartun.

Ungeachtet dessen glaubten sich Forscher wie *Broadbent, Mills, Campbell* in England, *Quensel* und *Pick* in Deutschland berechtigt, andere Rindengebiete mit der akustischen Worterinnerung in Beziehung zu bringen. Während die ersteren die linke dritte Temporalwindung für den Herd der Wortklangbilder erklärten, faßten die letzteren die Rinde des linken G. angularis ins Auge. Die dritte Schläfewindung kann aber nicht in Betracht kommen, da sich in den betreffenden Fällen keine Worttaubheit fand und die Fähigkeit erhalten geblieben war, beim Vorsagen des richtigen Namens eines zu bezeichnenden Gegenstandes den zutreffenden von dem falschen zu unterscheiden. Gegen die ausschließliche Lokalisation der Wortklangbilder in die Rinde des linken Gyrus angularis spricht 1. der Verlust derselben bei Unversehrtheit dieser Windung und anderweitiger Großhirnläsion; 2. die Abwesenheit von Worttaubheit und amnestischer Aphasie bei reiner Angulariserkrankung (siehe *Monakow, Sigand, Henschen*); 3. die typische, durch die Verhältnisse der Blutversorgung bedingte, im Marklager der ersten und zweiten Schläfewindung sich ausbreitende Malacie, welche im G. angularis nur an die Oberfläche dringt. Für die linke erste Temporalwindung fallen im positiven Sinne ins Gewicht: 1. das Erscheinen der Worttaubheit mit sensorischer Aphasie; 2. das Zurückbleiben einer amnestischen Aphasie nach restituierter Worttaubheit durch teilweis vikariierendes Eintreten der rechten Hemisphäre; 3. der Mangel, beim Vorsprechen des fehlenden Namens einer Person oder eines Gegenstandes den richtigen als solchen zu agnoszieren; 4. die Angabe der meisten, hier in Betracht kommenden Kranken, daß dieselben keine Worte, die sie nicht verstehen können, sondern nur Geräusche hören.

Vortr. demonstriert nun an einer Hirnskizze, in welcher die Läsionsbezirke mit zweistelligen Zahlen eingetragen sind, daß die erste Schläfewindung, allerdings beiderseits, auch für andere Gehörswahrnehmungen und Gehörserinnerungen als die Wortklangbilder von ausschlaggebender Bedeutung sei.

Die klinisch-anatomische Methode bestimmt nur die Gegend in Grobem. Die feinere Umgrenzung ist der Anatomie und Histologie vorbehalten. Erkrankungen der vorderen Hälfte der ersten Temporalwindung mit sensorischer Aphasie lassen die ausschließlichen Chancen für den hintersten Anteil fragwürdig erscheinen. Das vordere und mittlere Stück — das vorderste ist funktionell wieder abzutrennen — entspringt aus der vorderen Querwindung und stellt einen einzigen Windungszug dar. Derselbe besitzt eine besondere Rindenstruktur, indem die kleinen und mittelgroßen Pyramiden der zweiten und dritten Schicht hinter einer Aussaat kleiner runder oder polygonaler Zellen verschwinden und gewaltige, verschieden gestaltete Solitärzellen in der Gegend der dritten Schicht

auftauchen, um sich weiter pial oder markwärts einzeln zu verirren. Ein außerordentlicher intrakortikaler, endogener Markfaserreichtum entspricht dem Reichtum dieser kleinen Rindenkörper und legt einen Assoziationsmechanismus vor Augen, als dessen Leistung die Zusammenfassung unbewußter Empfindungen zu bewußten Vorstellungen begreiflich wird.

Dritte Sitzung, Sonnabend, 25. April, vormittags 9 Uhr.

Der Vorsitzende verliest ein Begrüßungstelegramm der Gesellschaft für experimentelle Psychologie zu Frankfurt a. M., sowie Grüße von *Sommer*-Gießen und *Stoltenhoff*-Allenstein.

Hierauf erstattet *Siemens*-Lauenburg Kassenbericht. Ihm wird auf Grund seines gedruckten Rechenschaftsberichts und einer von den Herren *Lantzius-Beninga* und *Zinn* vorgenommenen Nachprüfung unter dem Ausdruck des Dankes für seine Mühewaltung Entlastung erteilt. Für die Heinrich-Laehr-Stiftung wird ein einmaliger Beitrag von 1000 Mark bewilligt. Der Vereinsbeitrag für 1908 wird wie in den vorigen Jahren auf 5 Mark festgesetzt.

Hans Laehr-Schweizerhof berichtet über den Stand der Heinrich-Laehr-Stiftung, deren Vermögen im letzten Jahre von (nom.) 72000 M. auf (nom.) 78000 M. und ein Sparkassenbuch von (rund) 36000 M. gewachsen ist. Die Summe von 100000 M. ist also jetzt erreicht und zugleich überschritten, so daß nach § 4 der Stiftungsurkunde die Zinsen des Kapitals zur Verwendung gelangen können. Dem Vorstand der Stiftung wird Entlastung erteilt.

Siemens-Lauenburg gibt über die Tätigkeit der Kommission zur Wahrung der Standesinteressen (siehe diese Zeitschrift Bd. 64, S. 473) Auskunft. Die Kommission trat am 3. Januar d. J. in Berlin zusammen und stellte nach ausführlichen Referaten (siehe Psych.-Neurol. Wochenschr., 9. Jahrg., Nr. 44ff.) und eingehender Diskussion Grundsätze für Gestaltung der Gehalts- und Dienstverhältnisse auf (siehe diese Zeitschrift Bd. 65, S. 162), die inzwischen einige Änderung erfahren haben und in der jetzigen Fassung folgendermaßen lauten:

I. Anstellungs- und Gehaltsverhältnisse.

a) Die Assistenzärzte sollen mit 1800 M. Anfangsgehalt, jährlich um 200 M. steigend, und freier Station angestellt werden. Eine frühere Dienstzeit an Kliniken, anderen Anstalten und Krankenhäusern ist anzurechnen.

b) Nach drei Dienstjahren sind die Assistenzärzte, sofern sie sich zum Anstaltsdienst eignen, lebenslänglich anzustellen mit Pensionsrechten für sich und ihre Hinterbliebenen, mit Unfallentschädigung nach Analogie der preußischen Staatsbeamten, mit einem Mindestgehalt von 3600 M., steigend nach drei Jahren auf 4200 M., alsdann dreijährlich um je 500 M. bis auf 7200 M. Höchstgehalt, ferner mit freier Familienwohnung, Beheizung, Beleuchtung, Garten-

benutzung, freier ärztlicher Behandlung und Arznei für sich und ihre Familienmitglieder. Sollten für Heizung und Beleuchtung Abzüge gemacht werden, so ist das Anfangsgehalt entsprechend höher festzusetzen.

Bei Neuregulierung der Gehälter sind alle Ärzte in die ihrem Dienstalter entsprechende Gehaltsstufe einzureihen.

Assistenzärzten, welche sich zum Anstaltsdienst nicht eignen, soll möglichst frühzeitig eröffnet werden, daß sie auf eine definitive Anstellung nicht rechnen können.

c) Die lebenslängliche Anstellung nach dreijähriger Assistentenzeit soll im allgemeinen als Oberarzt angestrebt werden; im Hinblick auf die bestehenden regionären Verhältnisse und zutage getretenen Meinungsverschiedenheiten mag jedoch die Zwischenstufe des Anstaltsarztes (ordentlicher Arzt, Abteilungsarzt) mit den unter b) aufgeführten Gehalts- und Nebenbezügen belassen werden; dem Anstaltsarzt muß aber nach einer bestimmten Dienstzeit das Aufrücken in eine Oberarztstelle garantiert werden. Das Anfangsgehalt des Oberarztes ist in jenen Anstalten mit der Zwischenstufe der „ordentlichen Ärzte" oder „Anstaltsärzte" entsprechend höher als 3600 Mark zu normieren.

Die besonderen Verhältnisse der Großstadtanstalten mit hoher Aufnahmeziffer erfordern bezüglich der Bemessung der Gehälter der Oberärzte besondere Berücksichtigung.

d) Das Gehalt des Direktors soll an Anstalten bis zu 700 Kranken mindestens 6000 bis 9000 M., in den großen Anstalten 9000 bis 12000 M., nebst den freien Nebenbezügen nach b) betragen und in dreijährigen Zeiträumen um je 500 bis 600 M. vom Anfangs- zum Höchstgehalt steigen.

e) Es ist wünschenswert, daß den verheirateten Ärzten in entlegenen Anstalten Erziehungszuschüsse zur Kindererziehung bewilligt werden.

f) Um den Übergang in die freie Praxis den danach begehrenden Anstaltsärzten zu ermöglichen, könnte ihnen beim Austritt aus dem Anstaltsdienst anstatt der Pensionsansprüche eine Abfindungssumme zugewährt werden, etwa nach 5 jähriger Dienstzeit 5000, nach 10jähriger 10 000 M.

II. Organisation des ärztlichen Dienstes.

In Anstalten mit einer Aufnahmeziffer bis 25 % des Durchschnittsbestandes soll für je 100 Kranke eine Arztstelle exkl. Direktor vorhanden sein, in Anstalten mit höherer Aufnahmeziffer entsprechend mehr Arztstellen.

Die Kommandierung von Militärärzten zu öffentlichen Anstalten ist anzustreben.

Den definitiv angestellten Ärzten soll bei der Krankenbehandlung möglichste Selbständigkeit eingeräumt werden und gewahrt bleiben.

An der Gutachtertätigkeit sollen alle Ärzte teilnehmen und auch Gelegenheit erhalten, Gutachten vor Gericht zu vertreten. Jedem Arzt soll die seine Abteilung oder seine Kranken betreffende eingehende Korrespondenz zugänglich gemacht werden. Wichtigere Verwaltungs- und allgemeine Angelegenheiten sollen möglichst in der ärztlichen Konferenz in Gegenwart aller Ärzte behandelt und erledigt werden.

III. Besondere medizinische Ausbildung, wissenschaftliche Fortbildung, geistige Anregung und Erholung.

Außer in der Psychiatrie soll, wo es erforderlich ist, möglichst jeder Oberarzt und ältere Anstaltsarzt in einem Spezialfach der Medizin besonders ausgebildet sein (innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie usw.). Diese spezialistische Ausbildung ist nur dann als vollendet zu betrachten, wenn sie mindestens 1 bis 2 Jahre gedauert hat. Sofern sie nicht vor dem Eintritt in den Anstaltsdienst erlangt wurde, ist es Sache der zuständigen Landes-, Provinzial-, Kreis- oder Kommunalbehörden, die Kosten einer solchen spezialistischen Ausbildung zu tragen.

In jeder Anstalt sind hinreichende Mittel zur Teilnahme der Ärzte an Fortbildungskursen und wissenschaftlichen Versammlungen, zu Studienreisen und zur spezialistischen Aus- und Fortbildung von Anstaltsärzten, sowie für ärztliche Bibliothek und Laboratorium auszuwerfen.

In größeren Anstalten soll ein eigener pathologischer Anatom angestellt werden. Überall aber soll in den Anstalten für einen regen wissenschaftlichen Betrieb (Referatabende, Laboratoriumsarbeiten usw.) Sorge getragen werden.

Der Ärzteaustausch zwischen Anstalten und psychiatrischen Kliniken ist anzustreben. Einem Einrosten und Stagnieren könnte auch durch Versetzung innerhalb der Landesanstalten vorgebeugt werden.

Es ist empfehlenswert, die jährlichen Fortbildungskurse hier und da auch an kleineren Universitäten abzuhalten.

Jedem Arzt soll nicht nur durch Einrichtung eines ärztlichen Tagesdienstes, sondern auch durch die Gewährung freier Tage und eines jährlichen längeren Urlaubes hinreichende Gelegenheit zur Erholung und geistigen Anregung gegeben werden. —

Nachdem *Siemens* diese Grundsätze zur Annahme empfohlen, werden sie nach kurzer Diskussion, an der sich *Ganser*, *Cramer* und *Siemens* beteiligen, auf den Vorschlag *Alts* im ganzen und zwar einstimmig angenommen und sollen den in Betracht kommenden Behörden mit einem Anschreiben des Vorstandes übersandt werden [1]).

Ebenso wird der weitere Antrag *Siemens*, daß die Kommission zur Wahrung der Standesinteressen auch künftig fortbestehen möge, angenommen.

---

[1]) Dies ist inzwischen geschehen.

Aus dem Vorstande des Vereins scheiden satzungsmäßig *Kreuser* und *Siemens* aus. Beide werden auf den Vorschlag *Knechts* durch Zuruf wiedergewählt und nehmen die Wahl an.

Zum Ehrenmitglied des Vereins wird, nachdem *Kraepelin* diesen Antrag warm befürwortet hat, Geheimrat *Ludwig* in Heppenheim durch allseitige Zustimmung ernannt.

Alt beantragt, der Deutsche Verein für Psychiatrie möge sich die Organisation des internationalen Kongresses für Psychiatrie in der Hauptsache angelegen sein lassen, der im Herbst 1909 in Deutschland und zwar in Berlin tagen soll. Der Antrag wird angenommen. Es ist angeregt worden, den Kongreß auch auf Psychologie und Neurologie auszudehnen. Die Ausdehnung auf die Psychologie wird abgelehnt, über die Einbeziehung der Neurologie keine Entscheidung getroffen. Im übrigen soll der Vorstand unter Zuziehung *Alts* über die Angelegenheit beraten und das Ergebnis im nächsten Jahre der Versammlung vorlegen.

Es folgt das zweite Referat

A. Cramer-Göttingen: Psychiatrische Wünsche zur Strafprozeßreform.

Hierzu lagen folgende Thesen des Referenten gedruckt vor:

A. Allgemein.

Der Psychiater ist ohne Beihilfe eines sachkundigen Juristen nicht zuständig, in Paragraphen formulierte Wünsche zur Strafrechtsreform vorzulegen.

Jeder Jurist muß angehalten werden, mindestens ein Semester während seines Studiums gerichtliche Psychiatrie zu hören.

B. Strafprozeßordnung.

1. Zum Prinzip der Auswahl der Sachverständigen sind besondere Wünsche nicht mehr vorzubringen, nachdem die Praxis gezeigt hat, daß nach wie vor trotz der Einrichtung des Institutes der Gerichtsärzte der Irrenarzt von Beruf bei den schwieriger zu beurteilenden Fällen in ausreichender Weise zu Wort kommt. Die Einführung eines Gegensachverständigen für alle Fälle erscheint nicht erforderlich, dagegen ist Vorkehrung zu treffen, daß es in den Fällen, wo es der Angeklagte oder Angeschuldigte wünscht, unter allen Umständen möglich ist, noch einen zweiten Sachverständigen zu hören.

2. Es ist Vorkehrung zu treffen, welche ermöglicht, einen Zeugen zu zwingen, sich einer psychiatrischen Expertise zu unterwerfen. Eine Untersuchung der Zeugen auf ihren Geisteszustand hat in allen den Fällen zu geschehen, wo Verdacht auf Geisteskrankheit oder einen Grenzzustand besteht. Wird eine Anklage nur auf Grund eines einzigen Zeugen erhoben, so erscheint eine Begutachtung dieses Zeugen erwünscht. In besonders wichtigen Fällen muß eine Anstaltsbeobachtung der Zeugen möglich sein. Natürlich müssen auch die Zeugen

gegen eine zu weite Ausdehnung dieses Rechtes zur psychiatrischen Untersuchung durch die Möglichkeit eines Rekurses an höhere Instanzen geschützt werden.

3. Der Begriff Verhandlungsfähigkeit muß möglichst *weit* gefaßt werden.

4. Bei Verlesung des Protokolles über die Vernehmung eines Zeugen oder Sachverständigen muß ein Sachverständiger gehört werden, der festzustellen versucht, ob nicht die Geisteskrankheit, welche die Vernehmung des Zeugen in der Hauptverhandlung unmöglicht macht, bereits zur Zeit der Vernehmung, deren Protokoll verlesen werden soll, auf Aussage und Gutachten von Einfluß gewesen ist oder nicht.

5. Die Fragestellung vor den Schwurgerichten ist so zu treffen, daß neben der Frage der Zurechnungsfähigkeit auch die der Schuld beantwortet wird.

6. Von der Möglichkeit der Wiederaufnahme der Verhandlung und der nachträglichen Freisprechung müßte mehr Gebrauch gemacht werden, selbst wenn eine Verhandlung *nicht* mehr möglich ist (Freisprechung nach dem Tode).

7. Bei einem im Strafvollzug geistig Erkrankten ist die während der Dauer der Krankheit in einer Krankenanstalt (Irrenanstalt) zugebrachte Zeit auf die Strafhaft anzurechnen. Ein Strafvollzug an Geisteskranken ist eine Unmöglichkeit, trotzdem kommt es gelegentlich darüber zu Differenzen zwischen der Strafvollstreckungsbehörde und dem Sachverständigen, namentlich, wenn transitorisch geistig erkrankte Grenzzustände in Betracht kommen. In solchen Fällen müssen Obergutachten eingeholt werden.

Es ist dringend erwünscht, daß die Beobachtung auf Grund des § 81 StPO., wenn eine mehrfache Begutachtung durch verschiedene Sachverständige erforderlich ist, nicht auf sechs Wochen für die gesamte Beobachtung beschränkt ist.

C. Strafgesetzbuch.

Bei der Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit nach § 51 ist der Begriff der freien Willensbestimmung für den psychiatrischen Sachverständigen nicht erforderlich. Erwünscht wäre, wie bereits betont, daß jedesmal, soweit das möglich ist, Schuld oder Nichtschuld festgestellt würde.

Auf jeden Fall sind nicht nur die Geisteskranken, sondern auch die Grenzzustände zu berücksichtigen. Dieses ist heute möglich, weil wir uns in dem letzten Jahrzehnt eine ausreichende Klinik der Grenzzustände erworben haben und die einzelnen Formen umschreiben und diagnostizieren können. Soll in der Novelle zum Strafgesetzbuch von diesen Grenzzuständen die Rede sein, so spricht man am besten nicht von geminderter Zurechnungsfähigkeit, sondern von



geistiger Minderwertigkeit, weil damit angezeigt ist, daß wir es mit einer Krankheit zu tun haben, und nur über eine Krankheit der Arzt ein Gutachten abgeben kann. Auf jeden Fall muß in dem Paragraphen, der die geistig Minderwertigen berücksichtigt, in irgend einer Weise betont werden, daß es sich um einen krankhaften Zustand handelt.

Geistig Minderwertige, die eine strafbare Handlung begangen haben, können weder in einer Irrenanstalt, welche für Geisteskranke bestimmt ist, noch in einer Strafanstalt, welche nicht für Geisteskranke bestimmt ist, strafrechtlich behandelt werden, hierzu sind besondere Anstalten erforderlich. Die strafrechtliche Behandlung muß so lange andauern, als es der Zustand des geistig Minderwertigen erfordert.

Dabei gibt es auch Zustände transitorischer geistiger Minderwertigkeit, welche eine strafrechtliche Behandlung überhaupt nicht erfordern. Hier genügt die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung.

Ob die strafrechtliche Behandlung durch richterliche Verfügung nach Anhörung von Sachverständigen oder durch Entmündigung in ihrer Art und Dauer bestimmt wird, muß dem Ermessen der juristischen Sachverständigen der Gesetzgeber überlassen bleiben.

Auf jeden Fall müssen bei Entscheidung aller dieser Fragen Sachverständige gehört werden, denn nur diese können auf Grund einer genauen klinischen Kenntnis des Gesundheitszustandes des Minderwertigen entscheiden, ob für die Zukunft eine Gefährlichkeit besteht oder nicht.

Prinzipiell muß der Psychiater auf dem Standpunkt stehen, daß alle Handlungen, welche dem geistig Minderwertigen zur Last gelegt werden müssen, mit als Ausfluß seiner Krankheit zu betrachten sind, so daß also das Wort „strafrechtlich" bei der Behandlung ganz gut wegfallen könnte. Da es aber nicht zu erwarten ist, daß sich die lex ferenda auf einen rein deterministischen Standpunkt stellen wird, wird sich der Psychiater in der angegebenen Weise mit dem Begriff einer strafrechtlichen Behandlung abfinden müssen.

2. Bei der Beurteilung der Jugendlichen wäre es erwünscht, wenn der Begriff des Discernement ganz fallen könnte, oder wenn er wenigstens wesentlich eingeschränkt würde.

Es ist die Einführung von Jugendgerichtshöfen zu erstreben. Solange ein Täter die Schule besucht, ist ein strafrechtliches Einschreiten zu vermeiden. Das kann am besten durch Heraufrücken der Grenze der absoluten Strafunmündigkeit geschehen. Auch das Heraufrücken der Grenze für die Strafmündigkeit ist erwünscht.

In allen Fällen ist bei erstmaliger Verurteilung von Jugendlichen in möglichst ausgedehnter Weise von der bedingten Begnadigung und Strafaussetzung Gebrauch zu machen.

Bei Durchführung der Zwangserziehung und der Fürsorgeerziehung sind die Zöglinge einer ständigen Kontrolle durch einen psychiatrisch gebildeten Arzt zu unterziehen, damit etwa einsetzende geistige Minderwertigkeit oder geistige Krankheit, welche eine andere Art der Behandlung erfordert, wenn nicht der Erfolg der Erziehung in Frage gestellt werden soll, rechtzeitig erkannt wird.

Soll es zu einem Strafvollzug bei Jugendlichen kommen, so darf er nur in besonderen Anstalten für Jugendliche durchgeführt werden.

3. Da nicht bestritten werden kann, daß bei den Berauschten eine mehr oder weniger ausgesprochene Bewußtseinsstörung vorliegt, und fast alle chronischen Alkoholisten zu den geistig Minderwertigen gerechnet werden müssen, ist auf ein Trinkerzwangsgesetz hinzuwirken, denn eine Exkulpierung aller dieser Fälle würde dem Rechtsbewußtsein unseres gesamten Volkes widersprechen.

4. Für die Taubstummen sind besondere Bestimmungen nicht erforderlich, wenn der Begriff der geistigen Minderwertigkeit vorgesehen wird. Auf jeden Fall muß betont werden, daß sich darunter viel häufiger, als angenommen wird, psychopathische Individuen befinden. —

Im Anschluß an diese Thesen führt *Cramer* aus:

Der Psychiater kann, wie jeder andere Arzt, mit der Straf- und Zivilrechtspflege nur als Sachverständiger in Beziehung treten. Bei seinen Wünschen muß er sich lediglich auf die Lehren der psychiatrischen Wissenschaft stützen. Die Formulierung von neuen Gesetzesparagraphen steht ihm nur zu, wenn er mit einem sachkundigen Juristen Hand in Hand arbeitet. Leider wird diese Forderung von vielen Publikationen auf forensisch-psychiatrischem Gebiete nicht berücksichtigt.

Dringend zu wünschen ist, daß jeder Jurist während seines Studiums ein Semester gerichtliche Psychiatrie hört, damit er sich über den Inhalt und die Begründung des psychiatrischen Gutachtens ein eigenes Urteil bilden kann; speziell für das Verständnis der psychischen Grenzzustände, die ja in der lex ferenda mehr berücksichtigt werden sollen, ist eine solche Vorbildung erwünscht. Dieselbe wird ihn auch in den Stand setzen, solche Sachverständigen auszuwählen, die ihr Gutachten nur auf Grund eines streng wissenschaftlichen Vorgehens abgeben. Andere Wünsche zur Auswahl von Sachverständigen liegen nicht vor, nachdem die jetzt geübte Praxis neben dem Gerichtsarzt auch den Irrenarzt als Sachverständigen in ausreichender Weise zu Wort kommen läßt. Ein Gegensachverständiger braucht wohl auch in Zukunft nur in den Fällen vernommen zu werden, wo auf Grund des Gutachtens eines einzigen Sachverständigen eine An-

klage erhoben werden soll. Von großer Wichtigkeit ist die Forderung, daß die neue Strafprozeßordnung Mittel an die Hand gibt, Zeugen auf ihre Zeugnisfähigkeit zu untersuchen, wenn Verdacht auf Geisteskrankheit oder einen Grenzzustand besteht. In besonders schwierigen Fällen wäre eine Anstaltsbeobachtung des Zeugen erwünscht.

Es ist zu erstreben, daß nach Möglichkeit gegen Geisteskranke, gegen Grenzzustände immer, verhandelt wird, weil die Feststellung von Schuld oder Nichtschuld für die weitere Zukunft von größter Wichtigkeit ist und die Behandlung sehr erleichtert wird, wenn der Kranke nach beginnender Besserung nicht einer Gerichtsverhandlung, sondern klaren Verhältnissen gegenübersteht.

Ferner müßten auf Verlangen des Sachverständigen die Zeugenaussagen, welche auf psychische Anomalien Bezug nehmen, wörtlich protokolliert werden können, denn bei dem gegenwärtigen Verfahren lassen die nur dem Sinne nach gemachten Aufzeichnungen der Zeugenaussagen den Sachverständigen, was die einzelnen Momente vor, während und nach der Tat betrifft, nur zu oft im Stich. Wenn ein Zeuge oder Sachverständiger nach seiner Vernehmung geisteskrank wird, und das über diese Verhandlung vorhandene Protokoll verlesen werden soll, empfiehlt es sich, Sachverständige darüber zu hören, ob nicht zur Zeit der früheren Vernehmung die Zeugenäußerung oder das Gutachten schon krankhafte Momente beeinflußt haben. Bei den Schwurgerichten müßte die Frage nach der Schuld neben der nach der Zurechnungsfähigkeit geprüft werden, damit dem nichtschuldigen Geisteskranken das Odium seiner Schuld nicht anhaften bleibt.

Sehr zu bedauern ist, daß zurzeit der § 493 StPO., nach welchem die Dauer des Aufenthaltes in Krankenhäusern während der Dauer der Strafhaft auf die Strafzeit angenommen werden soll, für Geisteskranke nicht zur Anwendung kommt. Der Verurteilte rechnet sich den Anstaltsaufenthalt, den er ja eben so als Beschränkung seiner Freiheit empfindet wie das Gefängnis, auf seine Strafzeit an und erlebt dann bei seiner Entlassung die Enttäuschung, daß seine Strafzeit sich um nichts verkürzt hat. Dieses Moment kann aber auf seinen Geisteszustand nur nachteilig einwirken.

Bei den Wünschen für die Reform des Strafgesetzbuches hob Ref. hervor, daß vom medizinischem Standpunkt aus das Ideal eine Gesetzgebung in rein deterministischem Sinne sein würde.

Es würde für die Dauer und Art der Verwahrung eines Verbrechers nicht die Tat an sich, sondern allein der Zustand des Täters in Betracht kommen; je nachdem, ob es sich um einen Geisteskranken, einen Grenzzustand oder einen Gesunden handelt.

Unsere Zeit ist aber für eine deterministische Auffassung noch nicht reif. Auch würde eine Reihe von Idealen bei Einführung einer solchen Gesetzgebung für immer verloren sein.

Eine Berücksichtigung bei der lex ferenda verdienen aber heute unbedingt die Grenzzustände, weil ihre klinische Art genau bekannt ist und Gesetzgeber und Sachverständige auf dem bestimmten Boden der wissenschaftlichen Tatsachen arbeiten können.

Cramer gibt dem Ausdruck geistige Minderwertigkeit vor dem der geminderten Zurechnungsfähigkeit den Vorzug, weil dieser allein durch medizinische Diagnose sicher festgestellt werden kann. Der Prozentsatz der geistig Minderwertigen ist nach den Erfahrungen des Ref. ein ziemlich hoher (60—80 auf 1000); noch viel höher ist derselbe bei ungünstigem Milieu, z. B. bei Fürsorgezöglingen.

Die geistig Minderwertigen zerfallen 1. in solche, die nur vorübergehend gefährlich sind, und bei denen bedingte Strafaussetzung oder Begnadigung eintreten muß, 2. in solche, die häufiger gefährlich werden, die nach Aussetzung des Strafvollzuges verwahrt werden müssen, bis Besserung eintritt, und 3. in solche, die vermöge einer nicht zu ändernden Charakteranlage zum Verbrechen getrieben werden und deshalb dauernd verwahrt werden müssen.

Ob der Gesetzgeber imstande ist, durch besondere Maßnahmen die etwa notwendige strafrechtliche Verwahrung dieser einzelnen Gruppen individuell zu regeln, kann der Arzt nicht übersehen, auch kann er sich kein Urteil darüber erlauben, ob diese Sicherungsmaßregel vom Zivil- oder Strafrichter verfügt werden soll.

Über die „freie Willensbestimmung" kann sich der Arzt als Sachverständiger nicht äußern, weil es sich um einen metaphysischen und nicht naturwissenschaftlichen Begriff handelt. Mit philosophischen Deliberationen über den Begriff der freien Willensbestimmung wird der Richter in der Praxis nie etwas anfangen können.

Der Arzt kann nur feststellen, ob ein Kranker durch sein Leiden auf die Stufe eines unmündigen Kindes herabgedrückt wird, oder inwieweit eine festgestellte Krankheit das Tun und Lassen eines Kranken beeinflußt. Eine diesem entsprechende Fragestellung würde vor Gericht den Rechtsbegriff der freien Willensbestimmung überflüssig machen; andernfalls würde sich nur der Richter mit demselben zu beschäftigen haben.

Auch angesehene Kriminalisten wie *v. Liszt* und *v. Hippel* halten die „freie Willensbestimmung" für ganz gut entbehrlich.

Bei der strafrechtlichen Behandlung der Jugendlichen ist vor allem neben der Sicherung der Gesellschaft vor diesen Elementen auf eine Besserung und Erziehung derselben Wert zu legen. Das Alter für die Strafunmündigkeit müßte weit über das 12. Jahr hinausgesetzt werden; das Alter für die Strafmündigkeit bis zum 21. Lebensjahr.

Mit dem Discernement, d. i. der zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer Handlung erforderlichen Einsicht, kann der Mediziner nichts an-

fangen, dieselbe könnte in Wegfall kommen. Als prophylaktische Maßnahme wäre eine strenge Durchführung des Fürsorgeprinzipes zu erstreben.

Die schulentlassene Jugend müßte einer gewissen Kontrolle unterworfen sein, ähnlich wie es bei den gebildeten Ständen auf höheren Schulen und Universitäten der Fall ist.

Wichtig ist ferner, daß an die Armee- und Marinebehörde bei der Rekruteneinstellung über Leute von zweifelhaftem Geisteszustand rechtzeitig berichtet wird.

Es müßte in möglichst weitem Umfange von der bedingten Begnadigung und Strafaussetzung Gebrauch gemacht werden. Auch sind nach Möglichkeit Jugendgerichtshöfe einzurichten.

Was schließlich die Frage der Trunksucht und Trunkenheit betrifft, so ist heute noch unmöglich, die Trunkenheit und Trunksucht ganz generell als Strafausschließungsgrund anzusehen, obschon dieser Standpunkt sich auf Grund unserer wissenschaftlichen Forschungen halten läßt. Nachdem auch die Entmündigung wegen Trunksucht so gut wie versagt hat, ist der einzige Ausweg ein energisches Trinkerzwangsgesetz. (Ausführliche Veröffentlichung in der Münchener med. Wochenschr.)

Aschaffenburg-Köln: Die Stellung der modernen Rechtswissenschaft zur verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Vortr. geht davon aus, daß dieselben Bedenken, die von dem Ref. *Cramer* gegen den Ausdruck der verminderten Zurechnungsfähigkeit geltend gemacht worden sind, auch gegen den Ausdruck der geistigen Minderwertigkeit erhoben werden können. Er betrachtet, wie neuerdings auch *Kahl*, die Frage nach der zweckmäßigsten Benennung als nebensächlich gegenüber der Wichtigkeit der gesamten Frage. Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen ist das wichtigste Problem der Zukunft. Aus den vermindert Zurechnungsfähigen rekrutiert sich zum großen Teil das Verbrechertum; sie bilden die größte Gefahr und bereiten gleichzeitig der Gegenwehr der Gesellschaft die größten Schwierigkeiten. Daher bildet die Auffassung, die das zukünftige Strafgesetzbuch dieser Gruppe gegenüber vertreten wird, einen Maßstab für die Tiefe des Eindringens in das Verständnis der Welt der Asozialen, Antisozialen, Entgleisten.

Die verminderte Zurechnungsfähigkeit entspricht einer verminderten subjektiven Schuld, aber der Regel nach einer vermehrten objektiven Gefährdung. Daher ist die Strafmilderung als Gegenmaßregel ganz ungeeignet, und der Ersatz von Sonderbestimmungen für die vermindert Zurechnungsfähigen durch die mildernden Umstände verfehlt.

Bevor wir als Psychiater unsere Wünsche formulieren, ist es erforderlich, die Stellung der Juristen kennen zu lernen. Vortr. hätte gewünscht, daß diese Stellungnahme durch den Berufensten hier vorgetragen worden

wäre, durch *Kahl*, der in seiner meisterhaften Darstellung (in seiner Arbeit: Geminderte Zurechnungsfähigkeit; Rechtsvergleichende Darstellung, Allgemeiner Teil, Bd. I) die ganze geschichtliche Entwicklung ebenso sorgfältig zusammengestellt hat, wie die Rechtslage in fremden Ländern und die wissenschaftliche Entwicklung des ganzen Problems. *Kahl*, der leider verhindert ist, der Versammlung beizuwohnen, hat den Vortr. zu der Erklärung ermächtigt, daß ein ängstliches Zurückhalten mit den Forderungen, die die Psychiater stellen zu müssen glauben, unangebracht sei, wie auch ein Blick in die Geschichte ohne weiteres erkennen läßt.

Der Zustand einer verminderten Zurechnungsfähigkeit war schon in der Carolina bekannt. Die Gesetzesbücher von Österreich, Preußen und Bayern enthielten im 18. Jahrhundert ausdrücklich Bestimmungen darüber und ebenso alle Partikulargesetze im 19. Jahrhundert mit Ausnahme von Preußen, Waldeck und Lübeck. Ein ernster Gegner erwuchs der verminderten Zurechnungsfähigkeit in *Feuerbach*. Es ist bei dem Gewicht dieser Persönlichkeit doppelt bedeutsam, daß *Feuerbach* in späterer Zeit, als er in seiner Eigenschaft als Präsident eines Gerichtshofes in enge Berührung mit den Bedürfnissen der Rechtsanwendung und mit dem Leben kam, seine theoretisch bestehende ablehnende Haltung aufgab und in einem hinterlassenen Entwurf zu einem bayerisehen Strafgesetzbuch die verminderte Zurechnungsfähigkeit vorgesehen hatte. Als zweiter Gegner trat *Berner* 1843 auf. Seinem Einfluß ist es zu verdanken, daß im zweiten Entwurf zu dem Strafgesetzbuch für den norddeutschen Bund, das später zu unserem deutschen Reichs-Strafgesetzbuch wurde, die im ersten Entwurfe vorgesehene Bestimmung über die verminderte Zurechnungsfähigkeit zu Fall kam. Der General-Staatsanwalt *Schwarze*, selbst ein entschiedener Anhänger der verminderten Zurechnungsfähigkeit, mußte im Reichstag die Kommissionsbeschlüsse vertreten, nach denen die verminderte Zurechnungsfähigkeit aufgegeben und durch die mildernden Umstände ersetzt werden sollte. Der Reichstag übersah dabei, daß die mildernden Umstände durchaus nicht bei allen Gesetzesparagraphen vorgesehen waren, und konnte noch weniger voraussehen, wie wenig geeignet die mildernden Umstände zum Ersatz bestimmter gesetzlicher Maßnahmen gegen die vermindert Zurechnungsfähigen war.

Im Laufe der letzten Jahrzehnte ist die Gegnerschaft gegen die verminderte Zurechnungsfähigkeit mehr und mehr geschwunden. Von den Gegnern, die in den letzten Jahren sich dagegen ausgesprochen haben, darf *Felix Delbrück* wohl mehr als Gegner des *Liszt*schen Gesetzentwurfes, mit Hilfe dessen dieser die Gefährlichkeit der vermindert Zurechnungsfähigen zu bekämpfen vorschlägt, angesehen werden, denn als Gegner gesetzgeberischer Maßnahmen. Auch *von Sichart* ist nur deshalb gegen die Anerkennung dieser Zustände, weil er die Strafmilderung, womit wir alle übereinstimmen, für gefährlich hält. Ganz ähnlich auch *Finger*, nur daß dieser die vermindert Zurechnungsfähigen, ähnlich wie das auch *van Hamel*

den Unzurechnungsfähigen. Sie können und müssen für ihre Straftaten verantwortlich gemacht werden, wenn auch vom Standpunkte der Verschuldung aus nicht in dem gleichen Maße, wie die geistig völlig Gesunden und Normalen.

Von Wichtigkeit sind die Auffassungen *Hoegels* und *Lucas'*. *Lucas*, der zurzeit mit der Abfassung eines vorläufigen Strafgesetzentwurfs für Deutschland beschäftigt ist, hält die Frage der Prüfung für wert, ohne sich mit Bestimmtheit für oder gegen auszusprechen. *Hoegel*, dem dieselbe Aufgabe in Österreich zugefallen ist, wehrt sich gegen die Einführung des Begriffs, hat dabei aber gegen vorbeugende und sichernde Maßregeln auf dem Gebiete des Zivilrechts und der Verwaltung nichts einzuwenden.

Auch *Finkelnburg* darf nicht als ein direkter Gegner aufgefaßt werden. Er behandelt die ganze Frage nur vom Standpunkte des Strafvollzugs und behauptet, man könne mit den vermindert Zurechnungsfähigen auch im Strafvollzuge recht gut fertig werden. Ob — die Richtigkeit seiner Auffassung vorausgesetzt — die Bestrafung das Richtige ist, muß für viele Fälle ernstlich bezweifelt werden. Ganz zweifellos aber ist, daß nicht jeder Strafvollzugsbeamte die Befähigung *Finkelnburgs* besitzt, diesen während der Strafverbüßung meist recht schwierigen Menschen gerecht zu werden.

Als letzter Gegner muß schließlich noch *Birkmeyer* erwähnt werden. Auch *Birkmeyer* muß anerkennen, daß eine besondere Strafmilderung und gleichzeitig eine Sicherung gegen besonders gemeingefährliche Verbrecher notwendig sei, lehnt aber die Anerkennung dieser Zustände schon allein um deswillen ab, weil er ein immer tieferes Eindringen der Irrenärzte in den Machtbereich der Strafjustiz fürchtet. Er erklärt die Irrenärzte für Feinde des Strafrechts unter völliger Ignorierung des starken Anteils, den gerade die Irrenärzte an der wissenschaftlichen Klärung vieler Fragen und am Aufbau der Kriminalpsychologie haben.

Das sind die Gegner, die literarisch besonders hervorgetreten sind, wie man sieht, alle, trotz ihrer Gegnerschaft, von der Notwendigkeit einer Sonderbehandlung gewisser Rechtsbrecher überzeugt.

Auch die juristischen Vereinigungen sind mit mehr oder weniger großer Entschiedenheit der Anschauung der Irrenärzte beigetreten. Auf der Versammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung in Dresden vertrat *von Liszt* die Auffassung, man müsse die Möglichkeit, vermindert Zurechnungsfähige wegen ihrer Gemeingefährlichkeit zu entmündigen, gesetzlich vorsehen. Im Anschluß an *Liszts* Vorschlag entwarf *Oetker* einen Gesetzentwurf, in dem er statt der Entmündigung ein Verfahren zur Feststellung der Gemeingefährlichkeit vorschlug. Vortr. bemerkt

dazu, daß die Frage, welches der beiden Verfahren vorzuziehen sei, mehr den Juristen interessieren müsse, und daß die Irrenärzte beide gutheißen könnten. Auch 1904 auf der Stuttgarter Versammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung bestand eine Übereinstimmung darin, daß die vermindert Zurechnungsfähigen in anderer Weise, wie die ganz Vollzurechnungsfähigen, zu behandeln seien, eine Forderung, der vom Standpunkte des Strafvollzugs auch *Krohne* beitrat.

Auf der internationalen Tagung der internationalen kriminalistischen Vereinigung 1905 in Hamburg trat *Torp* mit der Behauptung hervor, daß, während alle Länder die verminderte Zurechnungsfähigkeit einzuführen bestrebt seien, Dänemark, das sie gesetzlich anerkenne, sie los zu werden wünsche. Dieser scheinbare Gegensatz der Meinungen wurde aber in der Diskussion dadurch verständlich, daß Dänemark die Strafe bei vermindert Zurechnungsfähigen prinzipiell mildert, also gerade das tut, was wir aufs entschiedenste ablehnen. Im übrigen bestand volle Übereinstimmung darin, daß ein Sonderverfahren unbedingt gesetzlich verlangt werden müsse.

Auch der deutsche Juristentag faßte unter Führung von *Kahl* und *Kroneker* in Berlin, ebenso wie 1904 auf Grund der Referate der Irrenärzte *Cramer* und *Kraepelin* und der Juristen *Kahl* und *Kleinfeller*, den Beschluß, gegen geistig Minderwertige gesetzliche Maßnahmen zu verlangen.

So hat sich allmählich der Stand der Dinge entwickelt, und *Kahl* hat wohl recht, diesen Standpunkt so zu schildern: „Nicht bestritten ist mehr die Tatsache der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Nicht mehr bestritten ist weiterhin, daß dieser Tatsache gegenüber etwas geschehen müsse.“

„Als Streitfrage ist nun geblieben, ob dies allein durch die Mittel des Verwaltungsrechts, ob z u g l e i c h durch die Mittel der Strafrechts zu geschehen habe. Letzterenfalls wieder, ob es genüge, die geminderte Zurechnungsfähigkeit undeklariert der Strafzumessung und verallgemeinerter Strafmilderung zu überlassen, oder ob es spezieller Berücksichtigung im Strafrecht durch Aufnahme eines gesetzlichen Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit mit entsprechender Rückwirkung auf Strafmittel und Strafvollzug bedürfe.“

Für uns Irrenärzte ist dadurch die Fragestellung außerordentlich vereinfacht. Sie lautet auch für uns nicht mehr, ob der Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit gesetzlich anerkannt werden soll oder nicht, sondern welche Mittel der Gegenwehr angebracht sind. Vortr. möchte im Gegensatz zu der Auffassung *Bleulers* nicht auf jede Strafe gegenüber den vermindert Zurechnungsfähigen verzichten. Es gibt genug, auf die eine Strafe eine nachhaltige Wirkung ausübt, oft wird auch die bedingte Verurteilung angebracht sein. In den meisten Fällen aber wird der Hauptwert auf eine zielbewußte Behandlung gelegt werden müssen. Vortr. will an dieser Stelle davon Abstand nehmen zu erörtern, ob und

in welchem Falle die Verhängung einer Strafe neben der Behandlung, wann nur die Behandlung, wann nur Strafe, angezeigt ist.

In welcher Weise schließlich die gesetzgeberischen Maßregeln formuliert werden können, kann für heute unerledigt bleiben. Vortr. hält im Gegensatz zu *Cramer* die Zusammenfassung der psychiatrischen Anschauungen in kurze, gesetzgeberische Vorschläge für notwendig. Es soll damit kein Übergriff in das juristische Gebiet versucht werden, denn die Vorschläge sollen nur der Ausgangspunkt der Erörterung werden. Sie eignen sich dazu seiner Meinung nach sehr viel besser, als Wünsche und Lehrmeinungen. Sie sollen ja ferner auch nur den Juristen als Material dienen. Die Gefahr einer unjuristischen Fassung kann dadurch vermieden werden, daß, wie es seinerzeit auch die deutschen Medizinalbeamten getan haben, ein Jurist als Beirat hinzugezogen wird.

Vortr. stellt deshalb folgenden Antrag:

„Der deutsche Verein für Psychiatrie beschließt, eine Kommission zu ernennen, die, aus drei Psychiatern bestehend, unter Zuziehung eines Juristen, Gesetzesvorschläge auszuarbeiten hat, soweit die bestehende Strafgesetzgebung eine Änderung wünschenswert erscheinen läßt. Diese Vorschläge sind vor der nächsten Versammlung den Mitgliedern des Vereins mit einer kurzen Begründung gedruckt vorzulegen und werden auf der Versammlung zur Diskussion und Abstimmung gebracht. Die von der Versammlung angenommenen Beschlüsse sollen der Reichsregierung als Material vorgelegt werden."

Weygandt-Würzburg: Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie.

Die Einführung der Psychiatrie in das ärztliche Staatsexamen hat die gerichtlichen Fragen nicht besonders berücksichtigt. Im ganzen lag auch das Bestreben vor, überhaupt recht mäßige Anforderungen in der Psychiatrie an die werdenden Ärzte zu stellen. Dennoch besteht ein dringendes Bedürfnis nach einer intensiveren Vorbildung auch in der gerichtlichen Seite des Faches. Die Erledigung zahlreicher gerichtlich-psychiatrischer Fälle läßt noch mancherlei Unstimmigkeiten der berufenen Faktoren erkennen. Die Juristen überschätzen manchmal die Leistungsfähigkeit des psychiatrischen Sachverständigen, öfters aber auch glauben sie sich über dessen wissenschaftlich fundierte Aussagen hinwegsetzen und nach eigenem Gutdünken vorgehen zu sollen.

Von medizinischer Seite werden auch vielfach unzutreffende Begutachtungen laut, vor allem in dem Sinn, daß bei Fällen leichter psychischer Abnormität schon ohne weiteres die Voraussetzung des § 51 StrGB. als

gegeben erachtet wird, der bei einer die freie Willensbestimmung ausschließenden krankhaften Störung der Geistestätigkeit, also lediglich bei einer erheblicheren psychischen Anomalie, eine strafbare Handlung als nicht vorhanden annimmt.

Wohl soll der Sachverständige jeden Fall mit allen Mitteln der Wissenschaft untersuchen, aber bei Aufdeckung irgendwelcher abnormen Züge ist noch keineswegs die jenem Paragraphen entsprechende Erheblichkeit der Störung sichergestellt.

Bisher bestehen an allen Universitäten einstündige Vorlesungen oder auch mehrstündige Kurse über gerichtliche Psychiatrie, vielfach für Mediziner und Juristen, ohne irgendwelche Verpflichtung zum Besuch. Die Vorlesungen werden in der Regel mäßig gut, die viel instruktiveren Kurse viel weniger zahlreich besucht. Ein Druck auf die Mediziner könnte wohl ausgeübt werden durch Betonung einer Bestimmung der Prüfungsordnung, die eine Berücksichtigung der Beziehungen zur gerichtlichen Medizin bei den einschlägigen Fächern vorschreibt, was ja vor allem für die Psychiatrie in Betracht kommt.

Den Studierenden der Jurisprudenz wird wohl in ihren Studienordnungen vielfach empfohlen, gerichtliche Medizin oder auch Psychiatrie zu hören, doch bleiben derartige Empfehlungen meist erfolglos. Zweckmäßiger wäre das Prinzip einer in Bayern bestehenden Einrichtung, nach der alle eine staatliche Anstellung anstrebenden Studierenden, besonders also die Juristen, verpflichtet sind, im Laufe des Studiums achtmal eine vierstündige sogenannte philosophische Vorlesung nach freier Wahl zu hören. Diese zur Erlangung einer gründlichen allgemeinen Bildung geeignete Vorschrift wäre von besonderem Segen für die Juristen, wenn ihnen unter jenen vorgeschriebenen „philosophischen Vorlesungen" auch die Vorlesungen über Psychiatrie, über gerichtliche Medizin und besonders auch über gerichtliche Psychiatrie und Kriminal-Psychologie angerechnet würden, was bisher allerdings in Bayern noch nicht geschieht.

Auf diesem Wege würde voraussichtlich bald sowohl jeder Mediziner wie auch jeder Jurist gegen Ende seiner Studien die entsprechenden Vorlesungen und Kurse aufsuchen. Außerdem kommen in Betracht Fortbildungskurse für bereits beruflich tätige Juristen und Medizinalbeamte, wie auch die mancherorts bestehenden, vorwiegend freilich der wissenschaftlichen Anregung dienenden gerichtlich-psychiatrischen oder kriminalistischen Vereinigungen.

Je gründlicher die Ausbildung auf diesem schwierigen Gebiete, um so eher werden in den zahlreichen einschlägigen Fällen die Urteile der Eigenart einer abnormen Persönlichkeit und der Rechtssicherheit der menschlichen Gesellschaft entsprechen.

Leitsätze: 1. Die psychiatrische Prüfung muß sich auch auf die gerichtliche Psychiatrie erstrecken.

2. An jeder Universität müssen sowohl Vorlesungen als auch praktische Kurse über gerichtliche Psychiatrie gehalten werden.

3. Jeder Mediziner ist verpflichtet, Vorlesungen und Kurse über gerichtliche Psychiatrie zu hören.

4. Jeder, der sich zur Physikatsprüfung und einem staatlichen Amt meldet, muß 3 Monate in einer Irrenanstalt tätig gewesen sein.

5. Den Studierenden der Jurisprudenz ist der Besuch von Vorlesungen und Kursen über gerichtliche Psychiatrie dringend zu empfehlen und möglichst zu erleichtern.

6. Die Ausbildung in der gerichtlichen Psychiatrie ist durch Fortbildungskurse und durch kriminalistisch-psychiatrische Vereinigungen zu fördern.

Diskussion über das Referat *Cramer* und die Vorträge *Aschaffenburg* und *Weygandt*. — *v. Liszt*-Berlin weist bezüglich der redaktionellen Formulierung von B 5 der *Cramer*schen Thesen (siehe S. 509) darauf hin, daß nicht sowohl die Frage der „Schuld" als diejenige der „Täterschaft" zu beantworten sei. B 6 wende sich an den urteilenden Richter, komme also für die Gesetzgebung nicht in Betracht. Allgemein findet *v. Liszt* die Forderung der Thesen zu wenig weitgehend. Dieser Umstand habe zur Folge, daß, wenn die Thesen von der Versammlung angenommen würden, der Versammlungsbeschluß die ins Auge gefaßten Reformen eher hemmen als fördern würde. Die Tendenz, sich in den Forderungen zu beschränken, einen gewissen Konservativismus gelten zu lassen, wirke in diesem Falle, wo es sich um erreichbare viel weitere Ziele handele, entschieden reaktionär. Man müsse sich auch darüber klar werden, ob und welche Vorschläge für die Novelle zum Strafgesetzbuch, die bald zu erwarten sei, in Betracht kämen, und welche Vorschläge erst in der Reform des Strafgesetzbuches, die erst in 5 bis 6 Jahren zu erwarten sei, berücksichtigt werden sollen. Zu C 1 sei die Tatsache, daß der Begriff der freien Willensbestimmung „nicht erforderlich" sei, längst anerkannt, man müsse darauf dringen, daß der Begriff überhaupt im Strafgesetzbuch vollständig verschwinde. Zu C 2 bemerkt *v. Liszt*, daß auch die konservativsten Juristen schon dafür seien, daß der Begriff des Discernement falle; die fortschrittlichere Forderung sei, daß die „bedingte Verurteilung" an Stelle der „bedingten Begnadigung" trete. — Bezüglich des *Aschaffenburg*schen Vortrags weist *v. Liszt* auf den Unterschied der Bezeichnung „vermindert Zurechnungsfähige" gegenüber derjenigen „geistig Minderwertige" hin. Die Frage der Unterbringung vermindert Zurechnungsfähiger sei zu erörtern. Es müßten Anstalten unter psychiatrischer Leitung gefordert werden. Diese Frage gehe über den Rahmen des Strafgesetzbuches hinaus, da viele geistig Minderwertige mit dem Strafgesetzbuch überhaupt nicht in Konflikt kommen. *v. Liszt* habe von der Versammlung und speziell aus dem Referate den Eindruck gewonnen, daß unter den Psychiatern eine resignierte

Stimmung bezüglich der Reformen herrsche. Das sei begreiflich, wenn man sehe, wie wenig naturwissenschaftliche Anschauungen und Begriffe sich einbürgern. Mangelndes Verständnis, häufig auch Mißtrauen und böser Wille hemme den Fortschritt. Das sei auch bei vielen Kriminalisten so. Der Pessimismus und die Resignation sei aber nicht angebracht. Einer der stärksten Gegner in Österreich — *Högel*-Wien — sei überwunden worden. In Deutschland stehen die Aussichten günstig. Die maßgebenden Kreise (*Kahl*) seien rationellen Reformen zugeneigt.

Meyer-Königsberg schlägt vor, unter dem Eindruck der Ausführungen *v. Liszts*, die weitere Besprechung hinauszuschieben.

Auch *Alt*-Uchtspringe hält eine weitere Diskussion jetzt für überflüssig und befürwortet, entsprechend dem Antrag *Aschaffenburgs*, die Einsetzung einer Kommission, die im nächsten Jahre die psychiatrischen Wünsche zur Strafgesetzreform dem Verein in neuer Formulierung vorlegen soll.

In seinem Schlußwort macht *Cramer* darauf aufmerksam, daß die Unmöglichkeit, für den Arzt Gesetzesparagraphen für eine neue Gesetzgebung zu konstruieren, durch die Ausführungen des Herrn *v. Liszt* deutlich bewiesen sei. *Cramer* habe in seinem Referat lediglich als Mediziner zu Medizinern gesprochen. Es habe sich gezeigt, wie der Jurist, der kein medizinisches Verständnis habe, solche medizinischen Ausführungen auffasse. Wenn Herr *v. Liszt* von einem reaktionär-konservativen Zug im Referate *Cramers* spreche, so sei *Cramer* stolz darauf, er sei aber auch erfreut, den frischen radikalen freisinnigen Wind in den Ausführungen *v. Liszt* kennen gelernt zu haben. Der Gesetzgeber werde dafür sorgen, daß die Bäume nicht in den Himmel wachsen. Der Kommissionsberatung stimme er gern zu, und besonders willkommen sei es ihm, daß ein Jurist Mitarbeiter werden solle.

Nunmehr wird der Antrag *Aschaffenburg* (siehe S. 518) angenommen und in die Kommission *Aschaffenburg, Cramer, Moeli* und als Jurist *v. Liszt* gewählt.

Nach einer kurzen Pause folgen weitere Vorträge.

Friedländer-Hohe Mark: Kritische Bemerkungen zum § 300 StrGB.

Vortr. kann an dieser Stelle auf die reiche Literatur und auf die verschiedenen juristischen Auslegungen des § 300 nicht eingehen. An der Hand mehrerer, zum Teil recht komplizierter Fälle erläutert er die von anderer Seite (*Moll, Placzek, Aschaffenburg, Schmidt* u. a.) in gleicher Weise bewiesenen Unvollkommenheiten des bezüglichen Paragraphen. Der Umstand, daß in relativ kurzer Zeit viele Fälle in die Behandlung oder Beobachtung des Vortr. gelangten, die die schwierige Lage, in die der Gutachter und Sachverständige geraten kann, erkennen ließen, beweist die Häufigkeit derselben und diese wieder ist es, die den Vortr. veranlaßt, im gegenwärtigen Zeitpunkt auch seine Erfahrungen mit-

zuteilen. In den Beispielen, die kurz skizziert werden, handelt es sich um ungemein wichtige soziale, vermögens- und strafrechtliche Momente. Das Berufsgeheimnis bzw. der in der jetzigen Fassung bestehende § 300 zwang den Vortr. wiederholt, Angehörige von Kranken, die ein Testament, eine Ehe anfechten, oder deren Scheidung durchsetzen wollten, ihres einzigen Rechtsmittels zu berauben. Vortr. wirft die Frage auf, ob nicht alle Anstrengungen gemacht werden müßten, ein Gesetz zu verbessern, unter dessen Schutz eben dieses Gesetz von solchen Personen mißbraucht werden kann, die den Arzt durch den § 300 gebunden wissen, wobei er natürlich absieht von den im Gesetz vorgesehenen Fällen, in denen der Arzt befugt bzw. gezwungen ist, das Berufsgeheimnis zu verletzen. Er weist darauf hin, daß auch die Zusendung der Krankenakten bei Wechsel der Anstalt an die zweite Anstalt nicht ohne weiteres gerechtfertigt erscheint, obwohl der Austausch der Akten zur Gepflogenheit wurde und bis heute keine Fälle bekannt wurden, in denen es zu praktischen Verwicklungen kam. Das gleiche gilt von Mitteilungen an Ärzte, die im Auftrage von Familienmitgliedern Erkundigungen, besonders was die Diagnose betrifft, einziehen. Vortr. kann nicht ohne weiteres den Autoren beipflichten, die die ärztliche Ethik als Richtschnur bei ihrem Verhalten gegenüber dem § 300 bezeichnen. Die Befolgung eines Gesetzes dürfte nur von den gesetzlichen Bestimmungen, nicht von individuellen Anschauungen bzw. Erfahrungen vorgezeichnet sein. Weiterhin erwähnt er die von *Placzek* in dankenswerter Weise zusammengestellten entsprechenden Bestimmungen der fremden Länder und polemisiert gegen *Gans*, mit dessen vorgeschlagener Änderung des § 300 er sich nicht einverstanden erklären kann. *Gans* will den § 300 in der Weise geändert wissen, daß es heißt: „Die Offenbarung ist straflos, wenn sie vor Gericht oder in Wahrnehmung berechtigter Interessen erfolgt. Die Verfolgung tritt auf Antrag des Anvertrauenden ein". Bezüglich der Kritik dieses Vorschlages wird auf die ausführliche Arbeit verwiesen. Vortr. glaubt nicht, daß es ihm gelungen sei, eine einwandfreie Fassung des Paragraphen zu finden, möchte aber vorschlagen, folgende Fassung der Kritik zu unterziehen: „Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Ärzte usw. werden, wenn sie nachweisbar böswillig oder fahrlässig Privatgeheimnisse offenbaren usw., bestraft. Die Offenbarung ist straflos, wenn sie geschieht, um Schädigungen einzelner oder der Gesamtheit zu verhüten. Die Verfolgung tritt auf Antrag ein".

(Der Vortrag erscheint in ausführlicher Form an anderer Stelle.)

Diskussion. — *Ganser*-Dresden führt aus, daß sich bei § 300 StrGB. alles um das Wort „befugt" dreht; wenn uns die Befugnis nicht durch den Anvertrauenden erteilt werde, so müßte sie uns gewissermaßen vom Gerichte verliehen werden, nachdem der Anspruch derjenigen Partei, die an unserer Aussage interessiert ist, gerichtlich erstritten ist. In diesem Sinne wäre die Gesetzgebung zu beeinflussen.

Meyer-Königsberg schließt sich den Ausführungen *Gansers* an. Er erwähnt einen Fall, bei dem ein Patient nur wegen Augenjucken zur Untersuchung kam und Pupillenstarre sowie fehlende Kniephänomene neben psychisch verdächtigen Erscheinungen bot. *Meyer* entschloß sich in Übereinstimmung mit dem konsultierenden Augenarzt, dem Vater Nachricht zugehen zu lassen.

M. erhebt auch Bedenken gegen die zu detaillierte Personalangabe in der Krankengeschichte, die Herr *Friedländer* zuletzt mitteilte.

Placzek-Berlin erklärt, daß unter der neuesten Reichsgerichtsentscheidung der Arzt für berechtigt erklärt wird, bei Kollision von Pflichten der nach seinem Ermessen ethisch höheren Pflicht zu folgen. Er dürfte also unter den jetzigen Verhältnissen kaum noch strafbar werden, denn die Reichsgerichtsentscheidung schützt ihn. Ob allerdings für alle Kollisionsmöglichkeiten, möchte ich dahingestellt sein lassen.

Möller-Berlin macht auf eine Beziehung des Psychiaters zum Hilfsschulwesen aufmerksam, welche zu Konflikten mit dem § 300 des StrGB. führen kann. Es handelt sich um die ärztliche Beantwortung des sog. Personalbogens für Hilfsschüler. Auf dem Hilfsschultage zu Charlottenburg, April 1907, ist für die Abfassung des betreffenden ärztlich-pädagogischen Journalbogens die Forderung gestellt und zum Beschluß erhoben worden, daß die vom Arzt festgestellten Tatsachen, die Anamnese, einschließlich der hereditären Verhältnisse, sowie Stat. praesens, Diagnose und Prognose, dem Hilfsschullehrer vom Arzt übergeben werden sollen. Wenn auch zugegeben wird, daß die Krankheitserscheinungen in ihren wesentlichen Äußerungen dem Hilfsschullehrer bekannt sein müssen, um seine Maßnahmen erziehlich-didaktischer Art entsprechend einrichten zu können, so ist es doch bedenklich, die anamnestischen Daten, besonders die hereditären, aus der Hand zu geben. Auch sind diese Daten, wie diejenigen über Diagnose und Prognose, nicht notwendig für eine rationelle pädagogische Behandlung der Hilfsschüler. Die Voraussetzung, daß der Personalbogen Amtsgeheimnis der Hilfsschule bleibt, ist nicht ausreichend, um den Arzt vor den Folgen des § 300 zu sichern. Diese Angelegenheit des Hilfsschulwesens hat auch für die Psychiater Interesse, da von verschiedenen Seiten, auch pädagogischen, angestrebt wird, die schulärztliche Tätigkeit an Hilfsschulen nach Möglichkeit Psychiatern bzw. Nervenärzten zu übertragen, weil durch eine derartige Beratung allein wirklich Wertvolles von ärztlicher Seite für die Hilfsschulen geleistet werden könne.

Aschaffenburg-Köln glaubt nicht, daß es möglich sein wird, eine Fassung zu finden, die für alle praktisch vorkommenden Fälle ausreicht, wie die vielen Gesetzesvorschläge erkennen lassen. Die Furcht vor der Anwendung des Paragraphen gegen die Ärzte darf insofern wohl als etwas unbegründet betrachtet werden, als tatsächlich die Verfolgungen gemäß § 300 zu den größten Seltenheiten gehören. Auch die von *Friedländer* versuchte Fassung hilft uns nicht über die Schwierigkeit hinweg, daß

ein Patient in bösartiger Weise wichtige Dinge verschwiegen haben will. *A.* persönlich würde sich im ersten Falle nicht einen Augenblick besonnen haben, seine Wahrnehmung den Angehörigen mitzuteilen auf die Gefahr hin, eine Verurteilung über sich ergehen lassen zu müssen. Schließlich bemerkt *A.* noch, daß der einen Reichsgerichtsentscheidung, die der subjektiven Überzeugung von der Notwendigkeit eines Bruchs des Berufsgeheimnisses weiten Spielraum läßt, andere entgegenstehen, darunter eine, die nicht einmal die Offenbarung vor Gericht als befugt anerkennt. Es wäre also verfehlt, sich allzusehr auf die von *Friedländer* erwähnte Reichsgerichtsentscheidung zu verlassen.

Moeli-Lichtenberg verweist auf die Anmerkung zur Reichsgerichtsentscheidung, wonach keineswegs gerichtliche Zeugenaussagen vor der Stellung unter „unbefugt" vollkommen gesichert sind. Dagegen scheint eine Mitteilung über eine Behandlung, auf die der Kranke sich als Beweis für Ansprüche usw. berufen hat, an die zuständige Stellung (Invaliditätsversicherung) zulässig.

Friedländer (Schlußwort) meint gegenüber Herrn *Ganser*, daß das Gericht nicht ohne weiteres befugt sein dürfte, den Arzt von seiner Berufsverschwiegenheit zu entbinden. Gegen die Bedenken Herrn *Meyers* möchte Vortr. bemerken, daß er in einer geschlossenen, streng wissenschaftlichen Versammlung gesprochen hat; er glaubt nicht, daß jemand die für das Thema nötige Andeutung verstehen konnte (übrigens wurde der Fall in allen Zeitungen besprochen!). Die von Herrn *Placzek* zitierte Reichsgerichtsentscheidung ist Vortr. bekannt; sie und der zu ihr gehörende Zusatz wurde von Herrn *Moeli* treffend erläutert. Sie genügt nicht, den Sachverständigen in allen Fällen zu schützen.

Herrn *Aschaffenburgs* Standpunkt ist ethisch sicherlich zu bewerten. Praktisch steht Vortr. auf dem Standpunkt, daß der aus § 300 bestrafte Arzt eben vorbestraft und die Höhe der Strafe dagegen bedeutungslos bleibt, weil der Betreffende bei denen, die seine Motive nicht kennen, stets als „vorbestraftes Individuum" gilt.

Herrn *Möller* pflichtet Vortr. durchaus bei.

4. Sitzung Sonnabend, 25. April, Nachmittag 2 Uhr.

Birnbaum-Herzberge: Über vorübergehende Wahnbildungen auf degenerativer Basis.

Vortr. bespricht zunächst die inhaltlichen und formalen Eigentümlichkeiten des Wahnbildes und kennzeichnet dann die den wahnhaften Ideen eigene Oberflächlichkeit, wie sie in dem unzulänglichen und schwankenden Realitätswert (übertriebene, spielerische, widerspruchsvolle Äußerungen, Neben- und Nacheinander von wahnhaften und Wirklichkeitsvorstellungen), in der Unbeständigkeit der Ideen, der Veränderlichkeit der wahnhaften Inhalte und ihrer Bestimmbarkeit durch äußere Einflüsse zum Ausdruck kommt. Er geht dann zu den

Einzelabschnitten des Verlaufs über, betont bei der Initialphase neben dem unvermittelten Einsetzen der Wahngebilde die häufig am Anfang bestehenden Bewußtseinsstörungen (teils Dämmerzustände mit Stupor-, *Ganser*-Symptomen oder phantastischer Verfälschung der Situation und eigenen Person, teils Zustände veränderter Affektlage mit kindisch affektiertem oder eigentümlich gleichgültigem Verhalten). — Er schildert sodann die Mannigfaltigkeit des Gesamtverlaufs, wobei er näher auf die, durch vielfache Schwankungen ausgezeichneten, zusammengesetzten und protrahierten Verlaufsformen eingeht. Die scheinbare Regellosigkeit des Verlaufsbildes führt er auf den Einfluß äußerer Faktoren zurück und charakterisiert das Wesen des Wahnvorganges im allgemeinen, indem er ihn in Beziehung zu der den Degenerierten eigenen Labilität des psychischen Gleichgewichts setzt und ihn als episodische, auf äußere Anstöße hin erfolgende Störung des degenerativen Grundzustandes erklärt. Sodann erörtert er die Wesensart der wahnhaften Ideen im speziellen. Für ihre von der paranoischen abweichende Eigenart führt er zum Beweise an: die häufige Konzeption der Vorstellungen im Zustande der Bewußtseinsstörung, ihre oberflächliche, oft von Zufälligkeiten abhängige Entstehungsweise, die Produktion von Ideen ohne eigentlich wahnhaften Inhalt, das Auftreten von Erinnerungsfälschungen, wobei zum Teil die selbstverständlichen Daten aus dem Vorleben, Geburtsjahr, Alter usw. immer wieder falsch angegeben werden, und endlich die Unterdrückung unlustbetonter Vorstellungsgruppen. Er weist dann nach, daß die Ideen auf dem Wege der Selbstbeeinflussung ihren Realitätswert erhalten, und bezeichnet sie im Gegensatz zu den paranoischen Ideen als wahnhafte Einbildungen. Ihr Auftreten setzt er in Beziehung zu einem allgemein degenerativen Wesenszug: der Labilität der Vorstellungen und deren damit verbundenen, erleichterten Dissoziierbarkeit und hebt hervor, daß in den wahnhaften Einbildungen auch spezielle psychopathische Eigentümlichkeiten der erkrankten Persönlichkeit zum Ausdruck kommen.

Von nahestehenden Krankheitsformen führt er zunächst die Phantasielügen der pathologischen Schwindler an mit ihrem autosuggestiv gewonnenen und schwankenden Realitätswert und weist dann auf die engen Beziehungen zu allgemeinen und speziellen Eigentümlichkeiten der Hysterie hin, wobei er besonders die weitgehenden Übereinstimmungen mit hysterischen Bewußtseinsstörungen betont. Zu ihnen bestehen alle Arten Übergänge, und manche Fälle degenerativer Wahnbildung kann man sogar mit einem gewissen Rechte als protrahierte Dämmerzustände ansehen. Entsprechend der Bestimmbarkeit des Krankheitsbildes durch psychische Faktoren besteht eine gewisse Beziehung zur Simulation, und all die übertriebenen und gemachten

Äußerungen, die zunächst vielleicht mehr oder weniger beabsichtigt waren, sind infolge der eigenartigen psychopathischen Veranlagung dieser Individuen auf autosuggestivem Wege zu echten Krankheitssymptomen geworden.

Zum Schluß weist Vortr. noch darauf hin, daß manche dieser Fälle früher als originäre Paranoia gegolten haben.

Diskussion. — *Bleuler*-Zürich: Alle die geschilderten Symptome kommen u. a. bei Dementia praecox vor. Es wäre sehr wichtig, etwas über die Differentialdiagnose dieser Zustände gegen die Dementia praecox zu vernehmen.

Birnbaum (Schlußwort) erwidert, daß er nur die Beziehungen zu nahestehenden Krankheitsformen berücksichtigt, von der Differentialdiagnose dagegen überhaupt abgesehen hat. Differentialdiagnostisch sind gegenüber der Dementia praecox vor allem die initialen Bewußtseinsstörungen anzuführen, sodann die weitgehende Beeinflußbarkeit des Krankheitsbildes in all seinen Einzelheiten durch äußere Faktoren und schließlich das Ausbleiben jedes wie auch immer gearteten Defektzustandes.

M. Reichardt-Würzburg: Über die Hirnmaterie.

Der Vortrag ist gedacht als Einleitung zu einer Reihe Untersuchungen, welche sich mit der Frage beschäftigen: Was geht in einem kranken Gehirne vor sich, wenn klinisch bestimmte Erscheinungen auftreten? Und zwar sind es in erster Linie eine Anzahl, mehr auf körperlichem Gebiete liegender Symptome, bei welchen die Beantwortung der obigen Frage in Angriff genommen werden kann: die anfallsartigen Störungen, der Stupor, die Stauungspapille bei Katatonie (auch ein Teil der Fälle von „Pseudotumor cerebri" gehört in das Gebiet der Katatonie), die endogenen Körpergewichts- und Körpertemperaturschwankungen, der Tod. Namentlich der zeitliche Ablauf solcher Symptome, z. B. der anfallsartigen Störungen, ist zu berücksichtigen. Die zugrundeliegenden Hirnveränderungen müssen solche sein, daß sie ganz akut entstehen und ebenso verschwinden können, und zwar spurlos, restlos! Diese Hirnveränderungen müssen demnach reversibel sein. Die pathologische Anatomie hat bei der Beantwortung solcher Fragen völlig versagt. Es heißt also, das Gehirn nach neuen Methoden und unter anderen Gesichtspunkten zu untersuchen. Solche Gesichtspunkte sind z. B. diejenigen, welche uns die physikalische Chemie des lebenden Gewebes an die Hand gibt. Unter „Hirnmaterie" wird denn auch die Hirnsubstanz, in rein physikalischem Sinne betrachtet, verstanden. Das Gehirn besteht aus kolloidalem Materiale. Wenn auch die Physik der Kolloide selbst noch in den Anfängen ist, so gelang es doch dem Vortr., mittels der Untersuchung des Hirnes mit Hilfe der

Wage, bestimmte physikalische Zustandsänderungen des Gehirnes nachzuweisen, welche die oben erwähnten klinischen Symptome wenigstens teilweise einem Verständnis näherbringen und zugleich auch vielleicht den ersten Anfang eines Einblickes gestatten in das dynamische Geschehen in der kranken Hirnmaterie. So gibt es akute (bis 200 g Schwankungen im Hirngewicht!) und chronische Volumens- und Gewichtsänderungen des Hirnes, welche als direkte Lebenserscheinungen der kranken Hirnmaterie aufgefaßt werden müssen. Möglicherweise spielt der Ein- und Austritt des Wassers — des hauptsächlichsten und wichtigsten Bestandteiles der kolloidalen Materie — hierbei die Hauptrolle (nach Analogie der Vorgänge im Pflanzenprotoplasma während der Reizbewegungen). — Bei Stuporzuständen kann es zu Gerinnungsvorgängen in der Hirnmaterie kommen.

Näcke-Hubertusburg: Die Vergleichung der Hirnoberfläche dementiell Paralytischer mit der von Normalen.

Wenn einige Autoren behaupten, Hirngewicht, Schädelhöhle, Reichtum und Anordnung der Windungen seien irrelevant, so ist dies sicher nicht richtig. Sie haben eine gewisse Bedeutung. In dem Gewirre der Hirnoberfläche findet man nun Abweichungen, die selten sind. Ob man sie aber als Degenerationszeichen anzusprechen hat, kann nur eine spätere Zeit lehren. Vorläufig ist es besser, sie nur als „seltenere" Varietäten zu bezeichnen, zumal man meist nicht weiß, ob es regressive oder progressive Bildungen sind. *N.* hat 30 Paralytikergehirne von Männern untersucht (außerdem noch von 26 der Leipziger Klinik) und 15 von Normalen (inkl. 1 Frau) und zwar genauer nur an der Vorder- und Innenseite. Notiert wurden gewisse Furchenanomalien, vermehrte Vertikalwindungen an der Außenfläche, Mikrogyrie, Affenspalten, Taschen-, Trichter- und Deckelbildungen usw. Es zeigte sich nun zwar, daß zunächst die Normalen in den meisten Dingen von den anderen nicht abweichen. Bei näherem Zusehen jedoch erschienen einige Anomalien häufiger bei den Paralytischen, und, was noch wichtiger ist, andere (zum Teil freiliegende Insel, puerile Windungen, Warzenbildung auf den gyris etc.) allein bei den Paralytischen, ferner ebenso doppelte oder mehrfache Taschen-Deckelbildungen an beiden Hirnhälften. Es gab also hier sicher einen Unterschied zu ungunsten der Paralytischen. Das Gehirn der Paralytischen scheint demnach im ganzen ein minderwertiges zu sein. Bekräftigt wird dies durch die Untersuchungen des Vortr. bzw. der äußeren und inneren Degenerationszeichen bei Paralytischen, ferner durch die immer mehr anerkannt große erbliche Belastung, die individuelle, abnorme Veranlagung vieler Paralytischen, die oft abnorme Deszendenz, durch die Untersuchungen endlich des R. M.s Tabischer, die sich als ab ovo abnorm erwiesen. Mit *Obersteiner* muß man daher sagen: Paralyticus nascitur

atque fit, d. h. ohne invalides Gehirn (selten ein so erworbenes!) kann Syphilis (resp. eine andere Noxe) wahrscheinlich keine Paralyse erzeugen.

Hoppe-Uchtspringe: Die Bedeutung der Stoffwechseluntersuchungen für die Behandlung der Epileptiker.

Alle Theorien, welche die Ursache der epileptischen Anfälle in einem bestimmten Stoffwechselgift (Cholin, Aceton, Harnsäure usw.) vermuten, haben sich bisher als trügerisch erwiesen. Ebenso wie — nach *Binswanger* — die Ursachen der Epilepsie sehr verschiedene sein können, ebenso mannigfaltig sind die Ursachen der einzelnen epileptischen Anfälle, ebenso verschieden die Gifte, welche bei einem epileptisch veränderten Nervensystem den Anlaß zu Krampfanfällen geben können. Der Organismus schützt sich gegen die ständig im Darm sich bildenden giftigen Stoffe durch mehrere Drüsen, welche — wie *Combe* ausführt — gewissermaßen vier Verteidigungslinien bilden: 1. Die Darmepithelien (und die Verdauungssäfte), 2. die Leber, 3. die sogenannten antitoxischen Drüsen (z. B. Schilddrüse, Nebennieren), 4. die Ausscheidungsorgane (Nieren. Haut usw.). Sind an einer dieser verschiedenen Stellen Schäden vorhanden, so können Gifte zur Resorption und Wirkung gelangen, welche bei einem Epileptiker zu Anfällen Anlaß geben können. Mit den Methoden der inneren Medizin und Physiologie ist nachzuforschen, an welcher dieser Stellen Mängel und Schäden bestehen, welche Organe minderwertig sind. Auf Grund derartiger systematischer Untersuchungen wird man oft imstande sein, die Ursachen der einzelnen epileptischen Anfälle zu ergründen und dem Epileptiker zu helfen.

Das Hauptverdienst von *Toulouse-Richet* besteht darin, die Nervenärzte nachdrücklich auf die Bedeutung einer streng regelmäßigen Ernährung, besonders einer geregelten Salzzufuhr, hingewiesen zu haben. Für die Wirkung unserer arzneilichen Salze ist der Na Cl-Gehalt der Nahrung von größter Bedeutung. Ist die Salzzufuhr genau geregelt, wird auch die Wirkung der arzneilichen Salze eine regelmäßige und zuverlässige sein.

Durch interkurrente fieberhafte Erkrankungen kommen bei Geisteskranken und Epileptikern oft Verschlimmerungen, oft aber auch erhebliche Besserungen zustande. Durch genaue Stoffwechseluntersuchungen wird man die Einwirkung dieser Krankheiten auf den Gesamtorganismus und damit vielleicht auch die Ursachen der Besserung bzw. Verschlechterung feststellen können. Eür die Bromwirkung ist die durch das Fieber veränderte Salzausscheidung (z. B. bei der Pneumonie) von außerordentlicher Bedeutung.

Auf den Zusammenhang zwischen Ca-Gehalt der Organe und den spasmophilen Zuständen des Kindesalters hat in letzter Zeit besonders

Stoeltzner hingewiesen. Die Uchtspringer Untersuchungen bestätigen die Bedeutung des Ca-Stoffwechsels im Organismus für das Entstehen der Kinderkrämpfe, jedoch erscheint die Deutung der Befunde im *Stoeltzner*schen Sinne noch nicht einwandfrei.

Kapff-Fürstenwalde: Welches Interesse hat die praktische Psychiatrie an der Spezialbehandlung Alkoholkranker?

Der historische Werdegang der Psychiatrie repräsentiert ein allmähliches Entwickeln aus der Finsternis zum Licht. Galt es doch für sie, die schweren Ketten mittelalterlich exorzistischer und kirchlich-moralisierender Anschauungen abzustreifen und wissenschaftlicher Erkenntnis im Verein mit wahrer natürlicher Humanität zum Sieg zu verhelfen.

Derselbe Entwicklungsprozeß in abgeschwächter Form scheint der Erkenntnis und Behandlung Alkoholkranker vorbehalten zu sein. Wenn im Anfang des 19. Jahrhunderts *Heinroth* die Geistesstörungen als Produkte der Sünde auffaßte und die Losung ausgab, die Seele macht sich selbst krank, wenn damals eine mystisch-frömmelnde Richtung den Abfall von Gott als Ursache der psychischen Krankheiten ansprach, oder wenn *Ideler* vom rein ethischen Standpunkte die Geistesstörungen als krankhaft gewucherte Leidenschaften ausgab, so finden wir in der Auffassung der Trunksucht heute ganz analoge Anschauungen. Mag auch ein großer Teil der Leiter der Trinkerheilstätten, als Vertreter der Kirche, aus praktischen Gründen oder innerer Überzeugung einen Kompromiß mit der modernen Wissenschaft für richtig befunden haben, so bleibt doch zunächst noch als Fundamentalsatz die Tatsache bestehen: das Volk und viele, die zu seiner Aufklärung berufen sind, betrachten heute noch die Trunksucht in erster Linie als Laster und Leidenschaft, den Trinker als durch eigene Schuld verkommenen Menschen und haben nur Selbstschutz- und Rachegedanken, wo der Gedanke an Rettung und Heilung zumal bei den guten Resultaten der Anstaltsbehandlung der erste und wichtigste sein sollte. Diese einseitige moralisierende Auffassung der Trunksucht, eines klinisch definierbaren Begriffes und Produktes vielseitiger exogener und endogener Ursachen, hemmt durch den Widerspruch mit den Tatsachen, durch die psychologische und erkenntnistheoretische Rückständigkeit, sowie durch den Mangel geistig und therapeutisch befreienden Aufschwungs jeden weiteren Fortschritt. Demgegenüber hat die praktische Psychiatrie ein erhebliches Interesse daran, den Charakter der geistigen Erkrankung des Trunksüchtigen auf Grund der Erkenntnis der alkoholischen Gehirnvergiftung in Vordergrund zu stellen. Die Bazillentheorie der Tuberkulose mit ihren therapeutischen Riesenaufwendungen im Gefolge hat zurzeit eine Art Massensuggestion gezüchtet und den Blick und die Be-

wegungsfreiheit der Behörden eingeengt und gelähmt. Diese mit dem Erfolge allein nicht in Einklang zu bringende Heilstättenbewegung ist zwar einer wichtigen Volkskrankheit zugute gekommen; allein es dürfte der Nachweis nicht schwer fallen, daß die Fürsorge für die Trunksüchtigen und die Bekämpfung des Alkoholismus im großen Stile von erheblich größerer Bedeutung für das Volkswohl ist. zumal oft für die Tuberkulose der Boden durch den Alkoholismus erst vorbereitet wird. 216 größeren Anstalten und 47 Walderholungsstätten. 117 Auskunfteien zur Bekämpfung der Tuberkulose stehen 40 meist kleinere Trinkerheilstätten zur Behandlung Alkoholkranker und allererste Anfänge in der Errichtung von Auskunfteien gegenüber. Alle Trinkerheilstätten sind in privaten Händen und stehen meist unter pastoraler Leitung. Wohl sind draußen und in den Anstalten bisher gute Erfolge erzielt worden; allein, was uns nottut, und was allmählich das Volk vermissen muß, ist die großzügige befreiende Tat, die letzte praktische Konsequenz aus der wissenschaftlichen Erforschung des Alkoholismus, die zielbewußte allgemeine Fürsorge für den Trunksüchtigen. Der Staat hat eine große Kulturaufgabe noch zu erfüllen.

Wenn der deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit neuerdings sich dahin geeinigt hat, daß, soweit die Trunksucht sich im Einzelfalle als Krankheit darstelle und zugleich Hilfsbedürftigkeit vorliege, es grundsätzlich Pflicht der Armenverbände — gegebenenfalls der Landarmenverbände — sei, für genügende Heilbehandlung der Kranken zu sorgen, so darf man wohl bald vom Staate die entsprechenden Maßnahmen erwarten. Die Entmündigung wegen Trunksucht hat zwar seinerzeit die Erwartungen gespannt und das staatliche Interesse an der Alkoholfrage erkennen lassen, allein sie hat der Heilbehandlung Alkoholkranker wenig genützt, wurde überhaupt recht wenig in Anspruch genommen. Im Jahre 1902 wurden in Preußen 576 Personen wegen Trunksucht entmündigt, 1905: 584, 1906: 636, während *Waldschmidt* für das Jahr 1899 21 361 Personen wegen Alkoholismus in preußischen Irren- und Krankenhäusern ausrechnete. Auch der § 681 der Zivilprozeßordnung, wonach die Beschlußfassung ausgesetzt werden kann, wenn Aussicht besteht, daß der zu Entmündigende sich bessern werde, hat bei der Energielosigkeit, Indolenz und Apathie der Alkoholiker wenig praktische Resultate gezeitigt. Es gilt aus ethisch-kulturellen, juristischen, volkswirtschaftlichen und rassenhygienischen Gründen, aus Rücksicht für die Gesellschaft wie für den Trunksüchtigen selbst, einen großzügigen Plan zur Bekämpfung des Alkoholismus, speziell der Behandlung Alkoholkranker in Spezialanstalten aufzustellen. „Die geradezu klägliche Hilflosigkeit unserer derzeitigen Mittel zur Behandlung der Alkoholkranken tritt ungemein deutlich zutage“ sagt *Kraepelin*. Bevor wir aber nach der Morgendämmerung eines Trinkerzwang- oder Fürsorgegesetzes ausschauen, gilt

es alle Zweifel zu bannen, daß die Spezialbehandlung Alkoholkranker in besonderen Anstalten tatsächlich das Richtige und Bedürfnis ist und erst die Voraussetzung und Grundlage zur Durchführung eines Gesetzes bildet.

Es ist für mich nicht zweifelhaft, daß die Unterbringung der geisteskranken Alkoholiker in den Irrenanstalten die spezifisch-therapeutische Hauptaufgabe unberührt läßt und nicht zu lösen vermag. Dank der Eigenart der psychischen Physiognomie des Alkoholismus, der raschen Erholung des Kranken auf intellektuellem Gebiet, fühlt der Alkoholist sich unter Geisteskranken in Irrenanstalten bald als Fremdkörper, „unter Larven die einzig fühlende Brust", wodurch seinem zur Reizbarkeit, Intriguen und Unzufriedenheit neigenden Wesen täglich neue Nahrung zugeführt wird. Er verlangt, augenscheinlich durch die Verhältnisse des Milieu in seinem Recht unterstützt, alsbald seine Entlassung. Er bildet für sich selbst und andere eine Quelle des Ärgers und erschwert häufig die Behandlung der eigentlichen Kranksinnigen. Auch nährt er draußen nach der Entlassung im Publikum den Aberglauben ungerechter Einsperrung Geistesgesunder in der Irrenanstalt. Auch hat es der Psychiater nicht immer leicht, dem Juristen plausibel zu machen, daß die vorwiegende Erkrankung der Willens- und der Affektseite, sowie die angeborene oder erworbene Intoleranz des Alkoholikers bei gut erhaltener Logik und Verstandestätigkeit, aber in Kongruenz mit einem idiosynkrasisch wirkenden Gift — dem Alkohol — die Erscheinungen einer echten Geistesstörung sofort nach der Entlassung momentan wieder erzeugen kann. So ist die Anstalt froh, wenn sie ihre Alkoholiker möglichst bald scheiden sieht. Sie fühlt selbst das Manko zwischen Charakter der Irrenanstalt und Eigenart der alkoholischen psychischen Erkrankung. Aber dies ist nicht die Hauptsache. Selbst in völlig abstinent gehaltenen Irrenanstalten kann der Plan einer zielbewußten Behandlung der Alkoholiker nicht durchgeführt werden. Die Größe der Anstalt, die dienstliche Ablenkung und Zerstreuung des Personals und der Ärzte durch andere Kategorien von Kranken steht einer eindringlichen, unentwegt und konsequent wirkenden Heilsuggestion entgegen. Der spezifischen Sonderart der therapeutischen Anforderung, die viel Zeit und persönliche Widmung neben innerer Überzeugung zur Abstinenz erfordert, kann in der Regel nicht genügend Berücksichtigung zuteil werden. Die Irrenanstalt faßt auch ihre Aufgabe gar nicht so auf, als ob sie weiter zu wirken hätte, als bloß die alkoholische Psychose abzuheilen, und kann sie unter den gegebenen Verhältnissen auch gar nicht anders auffassen. Sie kämpft außerdem fast immer mit Platzmangel und hat im Allgemeinen kein Interesse und Zeit übrig — selbst in abstinenten Anstalten — für eingehende therapeutische Berücksichtigung der Alkoholfrage. Die eigentliche Behandlung des Alkoholikers, die nicht bloß in passiver Entziehungskur besteht, sondern eine aktive erobernde Tendenz zeigen muß, beginnt aber gerade dann,

wenn der Anstaltsleiter den Juristen fürchten zu müssen glaubt wegen der Anklage der Freiheitsberaubung, oder wenn er aus anderen Gründen an Abschiebung denkt. Gerade jetzt gilt es aber, den krankhaften Autosuggestionen des Alkoholkranken persönlich näherzutreten, durch methodische Bearbeitung ein Stück nach dem andern psychisch zu erobern, den innersten Kern des Individuums anzupacken und die langwierige und schwierige psychische Erziehung zu völliger Enthaltsamkeit einzuleiten oder fortzusetzen, wenn ein Dauererfolg resultieren soll. Der therapeutische Gedanke steht in den Spezialanstalten stündlich und täglich im Vordergrund im Gegensatz zur Irrenanstalt. Die Spezialanstalten arbeiten auch bewußt mit den Suggestionen, die ihre Sonderstellung mit sich bringt. Es durchdringt, von der Persönlichkeit des Arztes ausgehend, ein geistiger Funke die ganze Kette der Behandelten; der Ton, der vom Arzt angestimmt wird, schwingt in der ganzen Kette wieder. Einer wirkt auf den andern, die gegenseitigen Schicksale helfen erziehen, ebenso die Rückfälle, die ganz andere Beachtung finden wie in den Irrenanstalten, wo die Alkoholkranken isolierten Inseln gleichen. Der Verkehrston zwischen Arzt und Patient ist familiär gestimmt. Der Arzt verlangt ethische Leistungen von seiner Klientel. Die geschlossene Einheitlichkeit des Heilzweckes fördert und fesselt persönlich das einzelne Individuum.

Zudem ist eine genaue Kontrolle und Beaufsichtigung hinsichtlich völliger Enthaltsamkeit nur in Spezialanstalten durchführbar. Ich möchte auch nicht der Angliederung einer Alkoholikerabteilung an eine Irrenanstalt das Wort reden, da sonst die Gefahr vorliegt, daß diese zu einer Art Dependance degradiert wird und durch den überwiegenden Komplex der übrigen Aufgaben in Schatten gestellt wird. Die Alkoholfrage verträgt eine untergeordnete Rolle nicht, besonders nicht im Hinblick auf ihre zukünftige Entwicklung, sie verlangt neben der vollen Hingebung aller, in ihrem Dienste arbeitenden Kräfte und zielbewußter einheitlicher Leitung auch nach außen eine sichtbare Betonung und Hervorhebung ihrer Bedeutung. Zudem habe ich erfahren, daß die Spezialanstalt, der ja gewiß vorläufig noch ein unangenehmer Beigeschmack, ein Odium, anhaftet, hinsichtlich der nach der Entlassung angestrebten bürgerlichen Stellung, hinsichtlich des Ansehens und des guten Rufes des Entlassenen höher eingeschätzt wird als die Irrenanstalt, daß die in die geschlossene Alkoholikeranstalt aus Irrenanstalten versetzten Kranken den freieren Luftzug der Behandlung angenehm empfinden. Und ich hoffe, daß im Laufe der Jahre die Volksmeinung noch weiterhin darin Fortschritte machen wird und die zähe Abneigung gegen die Anstaltsbehandlung unter dem Druck der Tatsachen rascher überwinden wird, als sie es den Geisteskranken gegenüber vermochte. Wenn die Irrenanstalten nicht die richtigen Stätten sind zur eigentlichen Behandlung der Alkoholkranken, so erfüllen aber auch die jetzt bestehenden

Trinkerheilstätten nicht ganz ihre zukünftige Aufgabe.

Ist der Trunksüchtige als ein in allmählichem Übergang geistig krank oder geisteskrank Gewordener zu betrachten, ist die Trunksucht eine chronische Gehirnvergiftung oder eine folgenschwere psychische Idiosynkrasie, beides mit schweren psychischen Ausfall- und Reizerscheinungen, mit der fortwährenden Gefahr der Selbstschädigung und Gemeingefährlichkeit, des Übergangs der schwankenden getrübten Bewußtseinszustände in echte Geistesstörung, so muß entsprechend diesem Mangel an Selbstbestimmung und dem explosiven gefährlichen Charakter der psychischen Erkrankung gleich einem Hilfsbedürftigen und einem gemeingefährlichen Geisteskranken in Spezialanstalten für den Trunksüchtigen gesorgt werden können.

Dieses Desiderat hat aber, soweit die Heilstättenbehandlnng das ihrige dazu tun konnte, bis jetzt nur die, dem Bezirksverein gegen Mißbrauch geistiger Getränke Berlin gehörige Heilanstalt für Alkoholkranke Waldfrieden bei Fürstenwalde durchgeführt. Es ist das Verdienst von *Sander*, *v. Strauß* und *Torney*, *Waldschmidt*, den Torso der Alkoholikerbehandlung zu einem brauchbaren und für die Zukunft bedeutungsvollen Ganzen ausgebaut zu haben. Es wäre diese Anleihe an die Zukunft nicht möglich gewesen, wenn nicht der Herr Landesdirektor der Provinz Brandenburg in großzügiger Weise den Gedanken aufgegriffen und zur praktischen Durchführung verholfen hätte. Vor allem galt es, das Ganze unter psychiatrische Leitung zu stellen und geschlossene Häuser zu errichten, um die auf kreisärztliches Attest zwangsweise eingelieferten Kranken richtig unterzubringen und damit dem alten Schlendrian der freien Willensbestimmung des Alkoholikers in einschlägigen Fällen ein gebührliches Ende zu bereiten. Die Struktur und der innere Betrieb lehnt sich an das Vorbild der Irrenanstalt an, aber auch von der Nervenheilstätte, die man schon Eilande des Friedens, weltliche Klöster genannt hat, in denen die innere Aufrichtung des des seelischen Gleichgewichts verlustig gegangenen Menschen durch Ruhe, Naturidyll, Arbeit und Darbietung höheren Lebensinhalts erstrebt wird, hat sie Einzelheiten zu entlehnen. Strengste Durchführung der Hausordnung, eiserne Prinzipien im allgemeinen neben weitgehender Liberalität und Humanität im einzelnen Falle halte ich für Grundbedingung des harmonischen Zusammenarbeitens und guten Erfolges. Da es sich aus didaktischen und praktisch-therapeutischen Gründen um eine Erziehung der Kranken zur vollen und ganzen Abstinenz handelt und ein schwächliches Kompromiß auf diesem Gebiet alle Erfolge sofort in Frage stellte, ist von oben bis unten jeder Beamte und Angestellte zur strengsten Einhaltung dieses Gelübdes verpflichtet. Man hat dem Kranken seine Lebensweise vorzuleben. Es ist klar, daß eine moderne Anstalt für Alkoholkranke allen Anforderungen der Be-

handlung gerecht werden muß, die auf diesm Sondergebiete an sie herantreten können. Demgemäß ist die innere Ausstattung nach der Abstufung von der schwersten bis zur ganz offenen Abteilung einzurichten. Seit 3 Jahren funktioniert nun dieser Apparat in Waldfrieden, nachdem die 5 Jahre vorher mit dem offenen Sanatorium gemachten Erfahrungen die Unhaltbarkeit eines auf den guten Willen und der Einsichtslosigkeit von Alkoholikern aufgebauten Betriebes klar erkennen ließen. Unsere 180 Betten sind immer gut besetzt, hat doch die Landesdirektion der Provinz Brandenburg allein 110 Kranke in Waldfrieden. Jedenfalls hat die Vergangenheit gezeigt, daß, von anfangs bestehenden Schwierigkeiten abgesehen, die Behandlung von ausschließlich Alkoholkranken in offenen und geschlossenen Abteilungen praktisch durchzuführen ist, und daß der Erfolg den Erwartungen im allgemeinen entsprochen hat. Sie kann beweisen und wird es immer mehr tun, daß sie ein erfolgreiches und wichtiges Glied in der ganzen Behandlung der Alkoholfrage bildet; ohne diesen modernen Ausbau der Spezialanstalt für Alkoholkranke kann an eine praktische Durchführung eines Trinkerfürsorgegesetzes nicht gedacht werden. Entlastet sie die Irrenanstalten von ungeeignetem Krankenmaterial, fördert sie die praktische Psychiatrie, indem sie auf einem abgetrennten Sondergebiete volkstümliche und für die Allgemeinheit geistig leicht zu erfassende Heilbestrebungen auf psychiatrischer Grundlage vertritt, ist sie in erster Linie dazu angetan, als Symbol einer fortschrittlichen naturwissenschaftlich-psychiatrischen Auffassung der Trunksucht, einer exaktmethodischen Behandlung der Alkoholkranken gleichsam die Verkörperung dieses Gedankens dem Volke zu repräsentieren und damit plastisch und handgreiflich zur Aufklärung beizutragen, so darf sie ganz besonders einen warmen Appell an die Vertreter der praktischen Psychiatrie richten, kräftige Förderung und Unterstützung der siegreichen Idee der Heilbarkeit der Trunksucht durch ärztliche Hilfe zuteil werden zu lassen, sowie zu der Erhaltung unserer Volksgesundheit durch das Erstreben eines Trinkerfürsorgegesetzes und die Befürwortung von Heilanstalten der Trunksüchtigen und Alkoholkranken nach Kräften beizusteuern.

H. Liepmann-Berlin: Die agnostischen Störungen.

L. führt aus, daß die bisherige Lehre von den „asymbolischen“ oder besser agnostischen Störungen zu einseitig die Dissoziation der Gegenstandsvorstellung in die Sinnesqualitäten in Betracht gezogen habe. Immer sollte bei der Seelenblindheit etwa die optische Komponente verloren oder von der taktilkinästhetischen resp. akustischen dissoziiert sein. Dem entsprach *Wernickes* Störung der primären und sekundären Identifikation. Nicht nur bedarf diese Lehre einer Ergänzung in dem schon von verschiedenen Seiten geforderten Sinne, daß eine Unzulänglichkeit der Synthese von Empfindungen bei erhaltenen Erinnerungsbildern

häufig vorkommt, sondern — sowohl was den Erinnerungsbesitz (die Gegenstandsbegriffe) wie was den Wahrnehmungsprozeß selbst anbelangt — ist in Rücksicht zu ziehen, daß es eine Dissoziation gibt, die nicht in der Richtung der Sinnesqualitäten geht, sondern in sich erhaltene Komplexe von Sinnesqualitäten von anderen in sich erhaltenen Komplexen abspaltet. Diese disjunktive oder ideatorische Spaltung hat *L.* früher bei den „Störungen des Handelns" besprochen und neben den ideatorischen Apraxien damals schon ideatorische Agnosien skizziert. *Kleist* hat den Begriff nach einer Seite schon näher entwickelt.

Diesen Begriff der ideatorischen oder disjunktiven Agnosien im Gegensatz zu den bekannten „dissolutorischen" legt *L.* nun ausführlicher dar, erläutert ihn an Beispielen und zeigt, wie er bei Paralytikern, Arteriosklerotikern, Senilen, ja gelegentlich selbst bei Geisteskranken und Deliranten, selbst Manischen eine erhebliche Rolle spielt, z. B. in der Verkennung der Situation. (Ausf. *Mendels* Ztrlbl. Nr. 13.)

Diskussion. — *Neisser*-Bunzlau glaubt, daß die Analyse des Vortr. sich als fruchtbar erweisen wird. Das gekennzeichnete Gebiet agnostischer Störungen kommt für die Beurteilung mannigfacher Symptome bei den Psychosen zweifellos sehr erheblich in Betracht. Besonders bei gewissen Fällen, welche zur Dementia praecox gehören, spielt die Unfähigkeit, die Einzel- und Teilwahrnehmungen in gewohnter Weise zu einem Situationsganzen zusammenzusetzen, eine große Rolle. *N.* führt eine Reihe von verschiedenen Typen und Modalitäten solcher Störungen an und weist nebenbei auch auf eine Eigentümlichkeit mancher hebephrener Sinnestäuschungen, namentlich des Gesichtssinnes, hin, welcher vielleicht eine innere Beziehung zu solchen Störungen zukommen dürfte, daß nämlich nur Teile von Gegenständen, Winkel, Linien u. dgl. halluzinatorisch auftauchen.

Liepmann (Schlußwort): Der Hinweis des Herrn *Neisser* auf hierhergehörige Beobachtungen in ungedruckten Vorlesungen *Kahlbaums* ist interessant. Das Vorkommen derartiger Abirrungen ist ja so verbreitet, daß gelegentlich jeder Psychiater auf sie aufmerksam werden müßte. Nur war man von der Aufgabe der Lokalisation so fasziniert, zugunsten der Dissoziation in Sinneskomponenten, daß man die prinzipielle Bedeutung der disjunktiven Störungen für die Gnosie vernachlässigte.

Übrigens sind nicht etwa alle Störungen der Synthese von Empfindungen disjunktiver Art, sondern auch diese Synthese unterliegt beiderlei Störungen: der dissolutorischen einerseits und der disjunktiven-ideatorischen andererseits.

Beyer-Roderbirken: Die Heilstättenbehandlung der Nervenkranken.

Während die Gründung von Nervenheilstätten, die doch schon seit vielen Jahren als notwendig anerkannt und angestrebt wird, bisher erst

vereinzelt gelungen ist, sind zahllose Genesungsheime, Rekonvaleszentenhäuser und ähnliche Anstalten entstanden, die also wohl den praktischen Bedürfnissen zu entsprechen scheinen und einen großen Teil der Nervenkranken aufnehmen. Offenbar sind die von ärztlicher Seite an die zu gründenden Nervenheilstätten gestellten Anforderungen zu weitgehend und vielfach extrem gewesen und haben dadurch die Kosten für Anlage und Betrieb viel zu hoch angesetzt. Das Beispiel von Haus Schönow, welches wegen seiner günstigen finanziellen Verhältnisse sehr niedrige Pflegesätze einzuhalten vermag, konnte daher noch keine Nachahmung finden.

Wenn man also neue Nervenheilstätten errichten will, die ihre sämtlichen Ausgaben einschließlich Verzinsung des Anlagekapitals aus den Einnahmen an Pflegegeldern bestreiten sollen, so muß man dafür vor allem eine weniger kostspielige Grundlage schaffen, und das erreicht man im wesentlichen durch Vergrößerung der Anlage und Vermehrung der Bettenzahl. Es fragt sich nur, ob es sachlich möglich ist, etwa entsprechend den Lungenheilstätten, auch für Nervenkranke größere Heilstätten einzurichten und erfolgreich zu betreiben.

Die zweijährigen Erfahrungen in der Rheinischen Volksheilstätte Roderbirken, welche 145 Betten für nur weibliche Kranke enthält, geben schon einigen Anhalt, wie die Heilstättenbehandlung der Nervenkranken organisiert und gehandhabt werden kann. Notwendig sind drei Voraussetzungen: in erster Linie die vollständige Trennung weiblicher und männlicher Kranker. Wenn in den leicht übersehbaren Verhältnissen eines kleinen Sanatoriums mit überwiegend gebildeten Kranken eine gemeinsame Verpflegung beider Geschlechter vielleicht durchführbar ist, so ist diese ganz unmöglich in einer Volksheilstätte mit großer Krankenzahl, mit Angehörigen der niederen Stände und mit großem und schwer zu beaufsichtigendem Anstaltsgebiet. Wenn wegen der finanziellen Vorteile beide Geschlechter aufgenommen werden sollen, so ist völlige räumliche Scheidung notwendig.

Ferner ist erforderlich eine Gliederung der baulichen Anlage, zur Schaffung kleiner Abteilungen, um die große Masse der Kranken zweckmäßig gruppieren zu können. Es handelt sich aber nicht etwa um Stationen, die nach besonderen Gesichtspunkten belegt werden, etwa wie in Irrenanstalten, sondern um rein mechanische Gliederungen.

Drittens ist ein Großbetrieb nur möglich bei der Vereinigung aller Kranker in einer einzigen Verpflegungsklasse, was auch aus ärztlichen Rücksichten zweckmäßig ist. Unterschiede irgendwelcher Art erschweren und verteuern den Betrieb außerordentlich.

Die Heilstättenbehandlung setzt sich zusammen aus dem ärztlichen Dienst und aus dem allgemeinen Regime. Für den ersteren ist es sehr wesentlich, daß alle Kranken möglichst gleichmäßig vom Arzte versorgt und behandelt werden und durch tägliche Visite und die Gelegenheit zu

persönlicher Aussprache mit ihm vertraut sind. Zeitraubende Behandlungsmethoden bei einzelnen sind zu vermeiden. Intensiver ärztlicher Dienst ist unentbehrlich, ist aber grade der Hauptvorzug gegenüber den Genesungsheimen.

Das allgemeine Regime umfaßt das ganze Leben und Treiben des Kranken in der Heilstätte und hat den ganzen Tageslauf einzuteilen und auszufüllen. Hier läßt sich vielfach ein „Gruppenbetrieb" organisieren, der die Anleitung und Beaufsichtigung erleichtert. Das wesentlichste Hilfsmittel ist die Beschäftigung der Kranken und Heranziehung zu Tätigkeit und nützlicher Arbeit. Eine eigentliche „Arbeitstherapie" im Sinne von *Moebius* ist das allerdings nicht, aber diese wäre auch (nach *M. Laehr*) nur bei einem Teile der Nervenkranken anwendbar, wäre übrigens auch für eine Volksheilstätte zu kostspielig. Wenn man aber auch die Arbeit nicht als „Heilmittel" verordnet, so kann man sie doch im Betrieb der Heilstätte in mannigfacher Weise und mit vielfachem Nutzen verwenden, auch zur Erleichterung der Disziplin und als wertvolles Mittel der Beobachtung.

Für die Abgrenzung des Krankenmaterials sind weniger klinische, als praktische Gesichtspunkte maßgebend. Aufsichts- und pflegebedürftige Kranke sind auszuschließen, andererseits können Erholungsbedürftige und Rekonvaleszenten sehr wohl aufgenommen werden, ohne daß ein Hinübergreifen in das Gebiet der innern Medizin zu besorgen wäre. Die Nervenheilstätten sind ein Grenzgebiet, das aber überwiegend der Psychiatrie zukommt und ihr auch schon deshalb erhalten bleiben soll, weil bei ihr sonst verhältnismäßig wenig Gelegenheit für therapeutische Betätigung vorhanden ist. Das dankbare und zukunftreiche Gebiet der Nervenheilstätten möge daher von den Psychiatern mit besonderem Eifer gefördert werden!

Diskussion. — *M. Laehr*-Haus Schönow: Bei der vorgerückten Zeit unterdrücke ich mancherlei Bemerkungen. Pro domo möchte ich hier nur der Auffassung entgegentreten, daß Haus Schönow im Golde schwimmt und seine scheinbar günstige Entwicklung hierauf begründet sei. Allerdings bildete die Stiftung größerer Kapitalien die Voraussetzung für die Gründung der Heilstätte, aber ihr Betrieb basierte von Anfang an auf den Einnahmen aus den Pflegegeldern. Neben dieser materiellen Grundlage ist es doch aber in erster Linie der ideellen Hilfe von den verschiedensten Seiten zu danken, deren sich die Heilstätte von Anfang an erfreuen durfte, wenn sie auf eine nunmehr bald neunjährige erfolgreiche Arbeit zurückblicken kann. Zahlreiche Stimmen des In- und Auslandes beweisen, daß Haus Schönow auch nach außen hin wertvolle Anregungen gegeben hat, und ich verstehe daher nicht, weshalb d. Vortr. in ihm ein Hindernis für die Heilstättenbewegung sieht.

Benda-Berlin: Auch ich bedaure mit dem Herrn Vortr., daß die Heilstättenbewegung ins Stocken geraten ist, und zwar ist dies um so

auffallender, als die beiden Musteranstalten Haus Schönow und die Rasemühle unbestritten hervorragende Erfolge aufzuweisen haben. Es existieren gegenwärtig nur etwa 12 Anstalten einschließlich des Unfallnervenkrankenhauses Stötteritz. Der langsame Fortschritt hat meines Erachtens verschiedene Ursachen! Da das Verständnis für die Bedeutung der funktionellen Nervenstörung bei den Laien noch fehlt, so versagt hier einerseits die Privatwohltätigkeit — abgesehen von vereinzelten Ausnahmen —, andererseits glauben die Behörden es nicht verantworten zu können, für eine Sache, die ihnen so wenig bedeutsam erscheint, so große Opfer zu bringen; und doch würden diese Opfer in Wirklichkeit nur geringe sein, da, wie ich hier nicht weiter auseinanderzusetzen brauche, eine Entlastung der Irren- und Armenpflege durch die Nervenheilstätten unbedingt zu erwarten steht. Um so freudiger ist es unter den obwaltenden Umständen zu begrüßen, daß die Stadt Berlin in absehbarer Zeit eine Nervenheilstätte eröffnen wird. Die Deputation für die städtische Irrenpflege hat bereits beschlossen, in Wuhlgarten, angegliedert an die Anstalt für Epileptische, eine Anstalt für Nervenkranke zu eröffnen.

Cramer-Göttingen führt aus, er wisse nicht, ob er Herrn *Beyer* recht verstanden habe. Auf jeden Fall wolle er feststellen, daß er nach nunmehr fünfjähriger und nicht wie der Vortr. nach kurzer Erfahrung immer mehr zu der Überzeugung komme, daß Gymnastik und eine ärztlich genau dosierte Beschäftigung neben allem anderen die Hauptheilfaktoren für unsere Nervenheilstätten seien. Ob die Trennung der Geschlechter nützlich oder schädlich sei, notwendig oder nicht notwendig sei, könne nur der beurteilen, der eine große Erfahrung habe. Das seien aber die in großer Zahl vorhandenen seit langen Jahrzehnten mit großem Erfolg arbeitenden Privatsanatorien. Hier werde gerade auf das Zusammensein der Patienten mit Recht der größte Wert gelegt. Gerade die Ablenkung, die wir erreichen wollen, wird dadurch erzielt und durch Arbeit und Beschäftigung. Nachdem das Heilpensum erledigt ist, erscheint die ärztlich überwachte Geselligkeit das beste Mittel, um das Krankheitsgefühl, das wir gerade bei den Nervösen bekämpfen wollen, auch für die freie Zeit zurückzudrängen. Auf der Rasemühle, die sich das Beispiel der Privatsanatorien zum Vorbild genommen habe, seien die Erfolge gerade hier ausgezeichnete. Es sei begreiflich, daß man regionär und nach dem Material die Bewegung mehr oder weniger überwachen müsse, erstes Prinzip sei aber auch darin, den Krankenhauscharakter nach Möglichkeit zu vermeiden.

Cramer könne gerade nach dieser Richtung die Erfahrungen der Privatsanatorien nach fünfjähriger Beobachtung nur bestätigen; es sei ihm auch unerfindlich, wie man nach so kurzer Prüfung Gesetze zur Abänderung von Tatsachen aufstellen wolle, die nach Erfahrungen, die über ein Menschenalter in den Privatsanatorien zurückgehen, sich ausgezeichnet bewährt haben. Die Nervosität der Patienten in den Privatsanatorien

sei doch dieselbe wie die in den Nervenheilstätten, selbst wenn man sie Volksnervenheilstätten nenne.

Beyer (Schlußwort): Es hat mir nichts ferner gelegen, als zu behaupten, daß Haus Schönow seine glänzenden Erfolge, die niemand mehr bewundert, als ich, lediglich seiner günstigen finanziellen Lage zu verdanken habe, und daß es ein Hindernis für die weitere Ausbreitung der Nervenheilstättensache gewesen sei. Ich habe nur im Zusammenhang mit der Kostenfrage darauf hingewiesen, daß Haus Schönow durch das Zusammentreffen außergewöhnlich glücklicher Umstände in der Lage ist, seine Pflegesätze niedrig zu halten, wie man das bei gleichen Leistungen anderwärts nicht nachmachen kann. Tatsächlich ist Haus Schönow trotz achtjährigen Bestehens noch ohne Nachfolge geblieben.

Herrn *Cramer* erwidere ich, daß ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen „Arbeitstherapie" als einer ganz spezifischen Therapie für bestimmte Klassen von Nervenkranken, und zwischen der Verwendung der Arbeit bei der Behandlung von Nervenkranken. Nicht die erstere, sondern die letztere ist es, die in der Heilstättenbehandlung eines größeren Krankenbestandes verwendbar und unentbehrlich ist. An der grundsätzlichen Trennung der Geschlechter muß ich festhalten, wo es sich darum handelt, in einer größeren Heilstätte mit großem unübersichtlichen Areal ein überwiegend aus niederen Kreisen stammendes Krankenmaterial zu verpflegen.

H. Vogt-Frankfurt a. M.: Beiträge zum Studium der Entwicklungskrankheiten des Gehirns.

I. Selbstdifferenzierung und funktionelle Anpassung: Eine auf der phylogenetischen Organisation des Gehirns beruhende Einteilung verdanken wir *Edinger*: die in Palaeencephalon und Neencephalon. Sie ist die einzige, die nicht deskriptiv ist, sondern aus dem Studium des prinzipiellen Bauplans hervorgeht. Das Palaeencephalon verhält sich durch die ganze Tierreihe ziemlich gleichförmig, es wird als der Träger der allen Lebewesen vom Wirbeltiertypus eigenartigen einfachen, instinktiven Lebensfunktionen angesehen, während alle höheren Eigenschaften in den später erworbenen neencephalen Teilen (Hirnmantel) ihr Substrat finden. Unterschiede im Palaeencephalon finden sich nur (in der Tierreihe aufwärts) in geringem Maße, sie sind, soweit nicht im Zusammenhang mit veränderten instinktiven Funktionen stehend, morphologisch aufzufassen als der Ausdruck des Einflusses des neuerworbenen Neencephalons auf die palaeencephale Anlage. So konnte *Ariens-Kappers* die Verlagerung, welche die motorischen Oblongatakerne im Laufe der Phylogenese erfahren, zurückführen auf derartige mit der fortschreitenden Hirnentwicklung einhergehende Umgestaltungen. Der VII. Hirnnervenkern, der bei Fischen dorsal liegt, wandert phylogenetisch unter dem Einfluß der (neencephalen) Pyramidenbahn ventralwärts: hier liegt er teilweise bei Vögeln, ganz bei Säugern. Für diese Wanderung der Kerne

ist die Richtung der sie am meisten influenzierenden Bahnen Gesetz (*Ariens-Kappers*).

Ähnlichen Gesichtspunkten begegnen wir in der Verfolgung der Hirnteratologie. Schon *v. Monakow* hat die Scheidung in phylogenetisch alte und neue Hirnteile gemacht und die relative Selbständigkeit jener beim Aufbau des Gehirns und ihre Unabhängigkeit von den übergeordneten Hirnteilen betont. Jener Konstanz der Anlage und Ausbildung an den tieferen Hirnteilen, z. B. der Medulla oblongata, die bei schweren Agenesien des Großhirns intakt bleibt, stehen nur einige wenige in solchen Fällen zu beobachtende Veränderungen gegenüber, dahin gehört die Verlagerung des Fazialiskerns in dorsaler Richtung bei Hemicephalen und anderen großhirnlosen Mißgeburten.

Wir haben also (Demonstration einer Tafel) eine teratologische und eine phylogenetische Reihe vor uns, die beide gleichzeitig zeigen, daß bei Vorhandensein der neencephalen Pyramidenbahn eine Ventralwanderung des VII. Kernes stattfindet, die bei Mangel jener Bahn (auch ontogenetisch) ausbleibt.

Dieser Parallelismus ist ein Beispiel für viele. Er zeigt uns den Ausdruck eines Grundgesetzes in der Hirnentwicklung, das Verhältnis der Selbstdifferenzierung zur funktionellen Anpassung. Das Wesen der ersten zeigt sich darin, daß ein Teil der Hirnanlage sich unabhängig von anderen bis zu einem hohen Grade der Gestaltung entwickeln kann, unbeschadet des Fehlens oder Vorhandenseins anderer Anlageteile: Dies gilt für die Hauptsache der paläencephalen Anlage. Im weiteren Gange der Entwicklung greifen nun aber einzelne Teile sukzessive in die Anlage anderer ein, nur unter dem Einfluß jener ist die völlige Fertiggestaltung dieser denkbar: Das ist die abhängige Differenzierung oder funktionelle Anpassung. Für das Verhältnis der phylogenetisch alten und neuen Teile läßt sich also zeigen, daß bestimmte Entwicklungsvorgänge selbstdifferenzierender Natur sind; andere wiederum sind der Ausfluß jener Umgestaltungen, die durch die sukzessive erfolgende Überordnung der höheren Teile entstehen. Die Teratologie gibt uns den ontogenetischen Vorgang wieder, für den ähnliche Momente bestimmend wirken. So läßt sich zeigen, daß die Hirnentwicklung teils das Ineinandergreifen komplexer Faktoren darstellt, andererseits auch auf hohen Stufen die Wiederholung elementarer Bildungsvorgänge repräsentiert. Die Entwicklungskrankheiten des Gehirns sind im Verfolg dieser Gesetze unentbehrliche Objekte.

II. Demonstration von histologischen Präparaten der tuberösen Sklerose.

Es ist von *v. Ehrenwall*-Ahrweiler der Antrag eingegangen, in der nächsten Sitzung zu besprechen, ob Wärter, welche entmündigte Geisteskranke entführen, strafrechtlich verfolgt werden können.

Der Vorsitzende schließt die Versammlung mit Dank an alle Redner.
Paetz-Alt-Scherbitz dankt dem Vorsitzenden *Moeli*.

Finckh. *Forster.* *Seelig.*

Vor der allgemeinen Jahresversammlung, am 23. April, hatte die Kommission für Idiotenforschung und Idiotenfürsorge in Potsdam eine Sitzung abgehalten, an der außer dem Vorsitzenden, Professor *Tuczek*-Marburg, die Mitglieder *Habermaas*, *Jenz*, *Kluge*, *Moeller*, *Vogt* und *Weygandt* teilnahmen.

Die Tagesordnung lautete:

I. Allgemeine Aussprache.
   a) Berichte der ständigen Referenten;
   b) Berichte über Kongresse;
   c) Vorschläge für Referate zur Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie;
   d) Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung jugendlichen Schwachsinns.

II. Bericht über die Ergebnisse der Bearbeitung gesammelter Zeitungsartikel betr. Schwachsinnigenfürsorge, Fürsorgeerziehung, Jugendfürsorge, Gesetzgebung für Jugendliche, jugendliche Verbrecher.. (Referent *Vogt.*)

III. Besprechung betr. regelmäßige Erstattung von Literaturberichten an die Kommission. (Referent *Moeller.*)

IV. Besprechung über die Vertretung der Kommission auf demnächstigen Kongressen. (Referent *Vogt.*)

Punkt I der Tagesordnung nahm den weitesten Raum ein. Erneut legte sich die Kommission auf den Standpunkt fest, daß die für anstaltspflegebedürftige Schwachsinnige, Idioten und Epileptiker bestimmten Anstalten unter ärztliche Leitung gehörten, gleichgültig ob es sich um bildungsfähige oder nicht bildungsfähige Elemente handele. Alle leiden sie an Krankheiten des Zentralnervensystems, und diesem Gesichtspunkte haben sich alle andern Fragen, auch die der schulmäßigen Förderung und Erziehung, unterzuordnen. Es handelt sich hier auch keineswegs um abgelaufene, sondern um wechselnde und der Veränderung unterliegende Krankheitsformen. Die gegenteilige Behauptung bezeugt, welcher geringen und welcher oberflächlichen Beobachtungsfähigkeit die Behandlung der Imbezillen und Idioten noch an so vielen Orten überlassen ist. Wie unter den Kulturstaaten England und Frankreich in der wissenschaftlich begründeten Fürsorge der Geisteskranken vorangegangen sind, so sind sie auch längst in der Fürsorge für die defekten und abnormen Kinder und Jugendlichen den wissenschaftlich richtigen Weg gegangen. Deutschland ist hier weit zurück; die Bestrebungen, auch hier endlich den eines Kulturstaates würdigen Weg zu finden, werden von nichtärztlicher Seite noch mit allen nur möglichen Mitteln, zumeist insgeheim und auf Umwegen,

zu durchqueren gesucht. Dabei begnügt man sich auch nicht damit, die kindlichen und jugendlichen Fälle allein in der Behandlung zu behalten. sondern man hält auch ältere Schwachsinnige unter irgendeinem Vorwande in den „Erziehungsanstalten" zurück, wie man auch offenkundige Psychosen in diesen antrifft. Die ärztliche Versorgung dabei ist eine unzulängliche, in den allermeisten Fällen eine absolut ungenügende zu nennen. Auch die Stellung der an diesen Anstalten ständig arbeitenden Ärzte entspricht in der Regel nicht den Forderungen, die ihre Berufspflicht ihnen auferlegen muß, wie sie auch oftmals ein der Würde des ärztlichen Standes nicht angemessenes Abhängigkeitsverhältnis in sich schließt.

Die Errichtung neuer Idiotenanstalten mit einer den wissenschaftlichen Forschungsergebnissen entsprechenden Organisation wird vorläufig nur in geringem Umfange zu erwarten sein. Es wird inzwischen dahin gewirkt werden müssen, daß als Ersatz dafür an bestehenden oder neu zu erbauenden Irrenanstalten Abteilungen für kindliche und jugendliche Defekte und Abnorme gegründet werden, ähnlich wie in Uchtspringe. Diese Frage soll in der nächstjährigen Jahresversammlung als besonderes Referat (Professor *Alt*) zum Vortrag kommen.

Ist somit der Standpunkt des Psychiaters bezüglich der ausgesprochenen Schwachsinnsformen ein klar umschriebener, so ist er es auch bezüglich der Fälle des leichten Schwachsinns (Debilität) und leichter psychopathischer Konstitution. Die hierher gehörigen Kinder und Jugendlichen, welche als schwach beanlagt, schwach befähigt und beschränkt etwa der Domäne der Nebenklassen und Hilfsschulen zufallen, sollen. sofern bei ihnen Anstaltserziehung in Frage kommt, in pädagogisch geleitete Institute aufgenommen werden, denen eine ausreichende psychiatrische Mitwirkung zur Verfügung steht.

Resümierend sprach sich die Kommission ausdrücklich dahin aus: „Es ist zu erstreben, daß die Leitung der Anstalten für bildungsfähige und bildungsunfähige jugendliche Schwachsinnige den Ärzten, die der Anstalten für schwachbefähigte Jugendliche (Stufe der Hilfsschüler) den Pädagogen zugewiesen werde. Soweit dies nicht zu erreichen ist, ist dahin zu wirken, daß den an den für jugendliche Schwachsinnige bestimmten Anstalten arbeitenden Ärzten die ihnen gebührende Stellung und der erforderliche Einfluß auf Behandlung und Pflege der Kranken gesichert werde."

Einen weiteren Verhandlungsgegenstand bildete die Frage der Errichtung von Jugendgerichten. Die Kommission schloß sich im wesentlichen den Ausführungen an, die vom Landgerichtsrat *Kulemann*-Bremen auf dem Berliner Kongreß für Kinderforschung in dessen Vortrage: „Die forensische Behandlung der Jugendlichen" gegeben waren; insbesondere stellte sie sich mit diesen auf den Standpunkt des

Leitsatzes VII des genannten Vortrages: „Die Verhängung der erzieherischen und strafrechtlichen Maßregeln bei Jugendlichen ist besonderen Behörden (Jugendgerichten) zu übertragen. Sie werden gebildet aus dem Vormundschaftsrichter als Vorsitzendem und einer Anzahl von Beisitzern. Unter diesen soll sich stets ein Arzt und ein Lehrer befinden".

Zu Ia wies *Vogt* besonders auf die Schwierigkeit der Erlangung von Detailberichten aus den charitativen Anstalten hin.

Zu Ib berichtete *Weygandt* über den internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie in Berlin, bei welchem er über die Schwachsinnigenversorgung in Deutschland referiert hatte, und auf welchem Professor *Heubner*-Berlin speziell auf die Notwendigkeit einer erweiterten Fürsorge für die Schwachsinnigen und Idioten, soweit diese der öffentlichen Pflege und Behandlung anheimfallen, hingewiesen und eine diesbezügliche Resolution angeregt hatte.

Kluge erstattete Bericht über den internationalen Kongreß für Schulhygiene in London, auf welchem er einen Vortrag über „Die Zwangs- und Fürsorgeerziehung schwachsinniger und psychisch-abnormer Minderjähriger" gehalten hatte.

Moeller gab einen Überblick über die Verhandlungen der „Konferenz für das Idioten- und Hilfsschulwesen", die im September 1907 in Chemnitz tagte. Er hatte als Vertreter der Kommission daselbst Anlaß gehabt, den Standpunkt des Deutschen Vereins für Psychiatrie, die Leitung der für Idioten und Epileptiker bestimmten Anstalten betreffend, in dem von der Kommission dargelegtem Sinne zu präzisieren.

Bei dieser Gelegenheit sprach sich die Kommission dahin aus, daß es sich für Ärzte nicht empfehle, dem aus dieser Konferenz hervorgegangenen „Verein für Erziehung, Unterricht und Pflege Geistesschwacher" als Mitglied beizutreten.

Zu Ic ist bereits erwähnt worden, daß Professor *Alt* in Uchtspringe sich bereit erklärt hat, ein Referat über die Frage der Behandlung erwachsener und jugendlicher Geisteskranker im Rahmen ein- und derselben Anstalt zu übernehmen.

I d. Die Zeitschrift „für die Erforschung und Behandlung jugendlichen Schwachsinns" wird sich in Zukunft in höherem Maße als bisher mit der Bearbeitung klinischer und pädagogischer Themata befassen.

Zu Punkt II der Tagesordnung referierte *Vogt* bezüglich der einschlägigen Erscheinungen in der Tagespresse. Er hob hervor, daß weniger psychiatrische Artikel zu finden wären, daß dagegen die Fragen des Hilfsschulwesens und der Errichtung von Jugendgerichtshöfen einen breiten Raum in der Berichterstattung gefunden hätten. Gerade hier sollte die Psychiatrie immer noch engere Beziehungen anzubahnen suchen.

Zu III schlug *Moeller* vor, die Kommissionsmitglieder möchten alle ihr von Belang erscheinenden literarischen Artikel einer Sammelstelle der Kommission namhaft machen, damit sie dort gesichtet und in

Umlauf gegeben werden könnten. Das Weitere hierüber wird einer schriftlichen Erledigung vorbehalten. Hingewiesen wird bei der Gelegenheit auf die Notwendigkeit, in der Presse über die aktuellen Fragen der Schwachsinnigenfürsorge aufklärend zu wirken.

Punkt IV. Es wird *Kluge* dem Kongreß für Kinderforschung, *Vogt*, *Weygandt* und *Moeller* dem Verbandstag der Hilfsschulen in Meiningen, *Weygandt* dem internationalen Kongreß für Irrenpflege in Wien und *Habermaas* dem Fürsorgeerziehungstage in Straßburg beiwohnen.

Nach Schluß der Tagesordnung besichtigte die Kommission die Potsdamer Anstalten für Epileptische, Schwachsinnige und minderwertige Fürsorgezöglinge, sowie auch eine Ausstellung der Arbeits- und Handfertigkeitserzeugnisse, um sich dann zu einem gemeinsamen Male in der Anstalt zu versammeln. Bei diesem und der vorangegangenen Besichtigung konnte sich die Kommission der Anwesenheit des Herrn Landesrat *Vieregge* erfreuen, welcher den Teilnehmern im Namen des Landesdirektors der Provinz Brandenburg freundliche Worte der Begrüßung spendete.

Kluge-Potsdam.

Kleinere Mitteilungen.

Die Heinrich-Laehr-Stiftung ist im letzten Rechnungsjahre so weit angewachsen, daß die Zinsen von jetzt ab zur Verwendung kommen können (vgl. S. 505). Das Vermögen bestand am 15. April d. J. aus

5000 M. 3% preuß. Konsols
73000 „ 3½% „ „
und 36071,78 „ Sparkasseneinlagen.

Vorschläge und Wünsche, die dem Zweck der Stiftung entsprechen (siehe diese Zeitschrift Bd. 63, S. 918), bittet der Vorstand dem Unterzeichneten mitzuteilen.

Dr. *Hans Laehr*

Zu dem diesjährigen Fortbildungkurs für Psychiater, der vom 8. bis 28. Oktober in Berlin stattfindet (vergl. diesen Bd., S. 165), sind bisher 41 Anmeldungen eingelaufen, d. h. 11 mehr, als angenommen werden dürfen. Es ist daher ein zweiter, dem Berliner an Lehrfächern und Stundenzahl genau entsprechender Kurs in München — dank den Bemühungen des Priv.-Doz. Dr. *Kerschensteiner* von der dortigen inneren Klinik — eingerichtet worden, der vom 2. bis 21. November d. J. abgehalten werden wird. Von den zum Berliner Kurs gemeldeten Kollegen haben sich nur 11 zum Münchener Kurs überschreiben lassen, da viele sich schon für den Oktober frei gemacht hatten und in ihrer Zeit gebunden waren. Ich bin daher in der Lage, weitere Anmeldungen für den Münchener Kurs anzunehmen.

Dr. *Hans Laehr*.

Der 18. Kongreß der Irren- und Nervenärzte Frankreichs und der Länder französischer Sprache wird vom 3. bis 9. August in Dijon unter Leitung des Dr. *Culerre*, des Direktors der Anstalt La Roche-sur-Yon, stattfinden. Vorgesehen sind drei Referate: Geistesstörungen infolge von Anomalien innerer Drüsensekretion (Ref. Dr. *Laignel-Lavastine*-Paris), Diagnostik und klinische Formen der Neuralgien (Dr. *Verger*-Bordeaux), Fürsorge für abnorme Kinder (Dr. *Charon*-Amiens); außerdem Vorträge und Besichtigungen. Nähere Auskunft gibt Dr. *Garnier*, Direktor der Irrenanstalt zu Dijon.

Für den 3. internationalen Kongreß für Irrenpflege, der vom 7. bis 11. Oktober d. J. in Wien stattfindet (vgl. diese Zeitschrift Bd. 64, S. 717) sind folgende Referate und Vorträge vorgesehen: 1. Zusammenfassender Bericht über den gegenwärtigen Stand des Irrenwesens in den verschiedenen Ländern. Ref. *Bresler*-Lublinitz. — *Buchholz*-Hamburg: Einiges aus der hamburgischen Irrenfürsorge; *J. Deventer*-Amsterdam: Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken; *M. Lemos* und *J. Mattos*-Porto: L'assistance des aliénés en Portugal; *J. Moreira*-Rio de Janeiro: Sur le type le plus convenable d'assistance pour les aliénés des pays chauds; *Starlinger*-Mauer-Öhling: Streifzüge durch das Budget der n.-ö. Landesheil- und Pflegeanstalten; *Rixen*-Breslau: Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene. 2. *Vos*-Amsterdam: Über Arbeitsentlohnung; *A. Pilcz*-Wien: Moderne psychiatrische Heilbestrebungen. 3. *Herting*-Galkhausen: Bauliche Fortentwicklung der Anstalten für Geisteskranke. 4. Irrenpflege und Verwaltung. Ref. Oberbaurat *Berger*-Wien. 5. Die Bedeutung der Irrenfürsorge für die Arbeiterversicherung und insbesondere die Invalidenversicherung der Arbeiter. Ref. Regierungsrat Dr. *Kögler*-Wien und Privatdozent Dr. *A. Fuchs*-Wien. 6. Irrengesetzgebung in den verschiedenen Ländern. Ref. *Mongeri* und *Alfonso*-Mailand. — Psychiatrische Sachverständigentätigkeit und Geschworenengericht. Ref. *Aschaffenburg*-Köln und *Stransky*-Wien. 7. Fürsorge für Idioten, Epileptiker und geistig Minderwertige. Ref. *Schiner*-Wien und *Weygandt*-Würzburg. 8. Bericht des internationalen Komitees über den Vorschlag des Dr. *Frank*-Zürich: „Gründung eines internationalen Institutes zum Studium und der Bekämpfung der Ursachen der Geisteskrankheiten. 9. Vorsorge bezüglich der Geisteskranken im Kriege. Ref. Stabsarzt Dr. *Drastich*-Wien. — Ausflüge und Anstaltsbesichtigungen sind geplant, und in der Universität wird die Büste *v. Krafft-Ebings* enthüllt werden.

Der 4. internationale Kongreß für Irrenpflege soll in Berlin, und zwar bereits im Jahre 1909 stattfinden (vgl. S. 508). Gegen diese Absicht hat *Bresler* in der Psych.-Neurol. Wochenschr. Nr. 11 den Umstand, daß 1909 der internationale medizinische Kongreß tagt (in Budapest), und die Nachteile angeführt, welche aus einer alljährlichen Wiederkehr internationaler Psychiaterkongresse unabweislich erwachsen. Es empfehle sich daher, den Plan eines internationalen Kongresses für Irrenpflege oder Psychiatrie (oder wie man ihn nun nennen mag) in Berlin für das Jahr 1909 ganz fallen zu lassen und, da eine zweijährliche Wiederholung dieses Kongresses in der Tat reichlich genügt, diesen Kongreß auf 1910 oder 1911 zu verschieben. Das Wiener Zentralkomitee für den diesjährigen Kongreß hat sich mit diesem Vorschlag einverstanden erklärt, und es ist wohl zu erwarten, daß auch der Kongreß zustimmen wird.

Die nächste Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen wird am 25. Oktober d. J. in Halle stattfinden. Vorträge sind bis 1. August bei Geh.-R. Prof. Dr. *Anton*, Halle a. S., Nervenklinik, anzumelden.

Eine Anstalt für schulpflichtige an Epilepsie leidende Kinder ist Anfang Mai d. J. in Braunschweig eröffnet worden. Dieselbe hat Wohn-, Schlaf-, Unterrichts- und Arbeitsräume, ist umgeben von Gartenland, ausgerüstet mit den Hilfsmitteln, welche das geistige und leibliche Wohl der leidenden Kinder erfordern. Sie ist für diejenigen Kinder bestimmt, welche durch ihre Anfälle den Unterricht in der Normalschule stören oder durch dieselben in ihren Fortschritten gehemmt werden, somit eines besonderen Unterrichts bedürfen. In erster Linie sollen Kinder aus der Stadt aufgenommen werden, jedoch können in beschränkter Zahl auch solche aus anderen Gemeinden Aufnahme finden.

Die Fürsorge erstreckt sich zunächst auf ärztliche Behandlung, dann auf einen der Normalschule nach Möglichkeit entsprechenden Unterricht. Dieser stellt sich die Aufgabe, die Zöglinge für das spätere Leben vorzubereiten, sowie ihre Erwerbsfähigkeit durch Unterweisnng in Handfertigkeit, Garten- und Landarbeit anzubahnen.

Arzt der Anstalt ist Geheimer Sanitätsrat Dr. *Berkhan.*

Erlaß der Minister des Innern und der Medizinalangelegenheiten in Preußen vom 14. April 1908, betreffend die Begutachtung von Personen, die nach § 81 StrPO. einer Irrenanstalt überwiesen sind:

Nach einer Mitteilung des Herrn Justizministers macht die Landesirrenanstalt in N. die Aufnahme der nach § 81 der Strafprozeßordnung zur Beobachtung ihres Geisteszustandes überwiesenen Personen davon abhängig, daß als Sachverständige zwei Ärzte der Anstalt ernannt und diesen so viel Vorbesuche bezahlt werden, als ihnen für die Abgabe eines bestimmten Gutachtens notwendig erscheinen.

Die Berechtigung dieser Forderung kann nicht anerkannt werden. Nach der Entwicklung, welche die öffentliche Fürsorge für das Irrenwesen in Preußen genommen, und die durch die Gesetzgebung ihren Abschluß gefunden hat (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 20. Juni 1905, Bd. 47, S. 6), haben die Irrenanstalten der Provinzialverbände und der diesen gesetzlich gleichgestellten Verbände alle Verpflichtungen zu erfüllen, welche durch Gesetz den öffentlichen Irrenanstalten zugewiesen sind. Eine solche gesetzliche Anforderung an die öffentlichen Irrenanstalten ist aus der Vorschrift in Abs. 1 des § 81 der StrPO. zu entnehmen. Es kann daher nicht dem Ermessen der Provinzialverwaltungen überlassen

sein, die Aufnahme der auf Grund der angeführten reichsgesetzlichen Bestimmungen überwiesenen Beschuldigten von weiteren Bedingungen abhängig zu machen.

Insbesondere hat die Wahl der Sachverständigen gemäß § 73 StrPO. durch den Richter zu erfolgen. Die Bestimmung des § 73 steht als allgemeine Regel am Eingange der Vorschriften über den Beweis durch Sachverständige. Einschränkungen dieses freien richterlichen Bestimmungsrechts sind aus der StrPO. nur zu entnehmen, soweit die Antragsrechte der Prozeßbeteiligten oder eine ausdrückliche gesetzliche Bestimmung — wie die in § 87 für die Obduktion vorgeschriebene Zuziehung von zwei Ärzten — in Betracht kommen. Die Vorschrift des § 81 enthält eine solche Beschränkung des im § 73 vorangestellten Grundsatzes der freien Beweiswürdigung nicht.

Die Bestellung der Anstaltsärzte zu Gutachtern wird daher in Fällen dieser Art zwar als Regel anzusehen sein, wie ihnen auch die Bestimmung über die Zahl der zur Vorbereitung des Gutachtens erforderlichen Vorbesuche nach sachverständigem und pflichtmäßigem Ermessen überlassen bleiben soll. Zu Vorbedingungen der Aufnahme dürfen diese Fragen dagegen nicht gemacht werden.

Ew. Exzellenz stellen wir ergebenst anheim, die geeigneten Maßnahmen gegenüber den Landesirrenanstalten der Provinz in die Wege zu leiten.

Der Entwurf eines badischen Gesetzes, die Irrenfürsorge betreffend, ist am 19. Juni d. J. der badischen 2. Kammer zugegangen. Er beschränkt sich auf Festlegung der Voraussetzungen, unter denen Geisteskranke in Irrenanstalten untergebracht und dort auch gegen ihren Willen zurückgehalten werden können, und lautet folgendermaßen:

§ 1. Voraussetzungen der Unterbringung in Irrenanstalten. Ein Geisteskranker darf ohne oder gegen seinen Willen in einer Irrenanstalt untergebracht und darin zurückgehalten werden:

1. auf Antrag eines zur Antragstellung Berechtigten (§ 2), wenn
   a) die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge durch das Zeugnis eines beamteten Arztes (§ 3) bestätigt und
   b) die Aufnahme durch das Bezirksamt (§ 4, Abs. 1) für statthaft erklärt ist,
2. auf Anordnung des Bezirksamts, wenn die Anstaltsfürsorge zur Sicherheit des Kranken selbst oder im öffentlichen Interesse geboten erscheint (§ 5) [1].

---

[1]) „Die Bestimmung des § 1 bezieht sich auf alle Irrenanstalten, auch die Privatirrenanstalten, ebenso § 6 Abs. 1 (Dringlichkeitsverfahren). Dagegen ist die Unterbringung auf Anordnung des Bezirksamts (§ 5)

§ 2. Antragsberechtigte. Berechtigt zur Stellung des Antrags (§ 1, Ziffer 1) ist:

1. bei minderjährigen und entmündigten Kranken der gesetzliche Vertreter gemäß §§ 1631 und 1800 BGB.[1]);

2. bei volljährigen, nicht entmündigten Kranken die unterhaltungspflichtigen Familienangehörigen[2]);

3. beim Fehlen oder bei Verhinderung der in Ziffer 2 bezeichneten Antragsberechtigten die mit der Fürsorge für den Kranken befaßten Behörden, sonstigen öffentlichen Organe oder Verwandten;

4. bei Geisteskranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, der unterstützungspflichtige Armenverband;

5. bei Zwangszöglingen das die Zwangserziehung leitende Bezirksamt;

6. bei Straf- und Untersuchungsgefangenen sowie bei Insassen des polizeilichen Arbeitshauses die zuständige Behörde;

7. bei aktiven Militärpersonen die vorgesetzte Militärbehörde.

§ 3. Ärztliches Zeugnis. (1.) Das ärztliche Zeugnis (§ 1, Ziffer 1 a) muß von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt auf Grund einer nicht länger als zwei Wochen zurückliegenden persönlichen Untersuchung des Geisteskranken ausgestellt sein und das Vorhandensein einer Geisteskrankheit sowie die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge bezeugen.

(2.) Das bezirksärztliche Zeugnis (Abs. 1) kann ersetzt werden durch das Zeugnis eines Arztes der öffentlichen Irrenanstalt, in welche die Aufnahme erfolgen soll, bei Straf- und Untersuchungsgefangenen durch das Zeugnis des Arztes der Strafanstalt und bei Militärpersonen durch das Zeugnis des Vorstandes des zuständigen Garnisonlazaretts[3]).

---

ebenso wie die Unterbringung zur Beobachtung (§ 7), wie seither, auf öffentliche Irrenanstalten beschränkt." (Siehe die Begründung im Besonderen, § 1.)

„Unter Geisteskranken im Sinne des Entwurfs sind überall auch die Geistesschwachen einbegriffen; für eine verschiedene Behandlung der Geistesschwachen und der Geisteskranken, wie sie auf dem Gebiet des bürgerlichen Rechts wohl begründet ist (vgl. BGB. § 114 u. 104), ist hier kein Anlaß gegeben." (Ebenda.)

[1]) „Ist der Vater oder der Vormund an der Antragstellung verhindert, so wird nach § 1909 BGB. zu diesem Zweck ein Pfleger zu bestellen sein, sofern nicht etwa der erforderliche Antrag nach Ziffer 4—7 gestellt wird." (Im Besonderen § 2.)

[2]) Und zwar sollen diese hierin „gleich berechtigt sein, und nicht etwa der in erster Reihe Verpflichtete die anderen ausschließen." (Im Besonderen § 2.)

[3]) Dem zuständigen Bezirksarzt sollen „die Ärzte an öffentlichen Irrenanstalten, bei Gefangenen die Strafanstaltsärzte und bei aktiven

(3.) Im Fall der Übernahme eines Kranken aus dem Reichsausland genügt das Zeugnis eines Arztes an einer ausländischen öffentlichen Irrenanstalt oder eines sonstigen beamteten Arztes.

§ 4. Statthafterklärung. (1.) Zuständig zur Statthafterklärung (§ 1 Ziffer 1 b) ist das Bezirksamt des Wohnsitzes der Kranken; in Ermangelung eines inländischen Wohnsitzes ist das Bezirksamt des Aufenthaltsortes des Kranken, beim Fehlen eines Wohnsitzes und Aufenthaltsortes im Großherzogtum das Bezirksamt des Anstaltsortes und im Falle der Übernahme eines Geisteskranken in das Großherzogtum das Bezirksamt zuständig, welches die Übernahme vermittelt.

(2.) Die Statthafterklärung gilt als polizeiliche Verfügung im Sinne des § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes. Die Klage steht dem Kranken selbst zu, wenn er geschäftsfähig ist [1]), ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, falls ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltungspflichtigen Familienangehörigen [2]), sowie bei Geisteskranken, die im armenrechtlichen Sinne hilfsbedürftig sind, dem unterstützungspflichtigen Armenverband [3]).

Militärpersonen der Vorstand des zuständigen Garnisonlazaretts wegen der ihnen in gleicher Weise zukommenden amtlichen Eigenschaft gleichgestellt sein." „Die Mitwirkung des Bezirksarztes oder eines anderen beamteten Arztes wird aber für die Entschließung des Bezirksamtes über die Statthafterklärung eine ungleich sicherere Grundlage abgeben, als das Zeugnis eines dem Bezirksamt vielleicht gänzlich unbekannten nicht beamteten Arztes, das nicht selten doch eine nochmalige Untersuchung des Kranken durch den zuständigen Bezirksarzt erforderlich machen würde." (Im Besonderen § 3.)

[1]) „Auch bevor ein Geisteskranker entmündigt oder unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, kann er geschäftsunfähig sein, wenn er sich nämlich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist (§ 104 Z. 2 BGB.) Es ist daher in diesen Fällen die Geschäftsfähigkeit des Kranken durch das Gericht zunächst festzustellen (Gaupp-Stein, Zivilprozeßordnung Bemerk. III A 3 zu § 51), wozu Sachverständigengutachten zu erheben sind, nötigenfalls der Kläger von einem Mitglied des Gerichts einzuvernehmen oder das persönliche Erscheinen des Klägers an Gerichtsstelle anzuordnen sein wird." (Im Besonderen § 4.)

[2]) „Die unterhaltungspflichtigen Familienangehörigen sollen, wie hinsichtlich der Antragstellung, so auch hinsichtlich des Klagerechtes gleichberechtigt sein." (Ebenda.) Vgl. S. 549, Anmerk. 2.

[3]) Die Statthafterklärung allen Klageberechtigten zuzustellen, „ist wohl nicht erforderlich", sondern nur dem Antragsteller. „Die Zustellung an den Kranken selbst wird in den meisten Fällen aus ärztlichen oder anderen Gründen nicht angezeigt sein." (Ebenda).

§ 5. Unterbringung auf bezirksamtliche Anordnung. (1.) Geisteskranke, die für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet sind, können durch das Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) nach Beratung im Bezirksrat in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden, wenn die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge sowie das Vorliegen einer der erwähnten Voraussetzungen auf Grund persönlicher Untersuchung von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt oder dem Vorstand einer öffentlichen Irrenanstalt, bei Strafgefangenen von dem Strafanstaltsarzt bestätigt ist.

(2.) Auf die gegen die Anordnung des Bezirksamts nach § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes zulässige Klage findet § 4 Absatz 2 Satz 2 Anwendung.

§ 6. Fürsorgliche Unterbringung im Dringlichkeitsverfahren. (1.) In dringenden Fällen kann die sofortige fürsorgliche Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ohne Antrag eines Antragsberechtigten und ohne bezirksamtliche Statthafterklärung (§ 4) oder Anordnung (§ 5) erfolgen, wenn die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zweck der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere Personen oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von dem für den Aufenthaltsort des Kranken zuständigen Bezirksarzt auf Grund unmittelbar vorhergehender persönlicher Untersuchung des Kranken bestätigt wird.

(2.) Die Bestimmung des § 3 Abs. 2 findet hier ebenfalls Anwendung.

(3.) Wenn die fürsorgliche Unterbringung in einer Privatirrenanstalt erfolgen soll, kann das bezirksärztliche Zeugnis ersetzt werden durch das Zeugnis eines Arztes der Privatirrenanstalt, sofern dieser Arzt vom Ministerium des Innern hierzu besonders ermächtigt ist. Jedoch ist in einem solchen Falle der Kranke binnen 24 Stunden nach der Aufnahme vom Bezirksarzt zu untersuchen und, falls dieser das Vorliegen der Voraussetzungen des Abs. 1 nicht bestätigt, sofort zu entlassen.

(4.) Von der Aufnahme hat der Anstaltsleiter dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) binnen 24 Stunden Mitteilung zu machen.

(5.) Wird nicht binnen sechs Wochen nach der Aufnahme des Geisteskranken in der Irrenanstalt der Antrag eines nach § 2 Antragsberechtigten und die Statthafterklärung oder eine bezirksamtliche Anordnung nach § 5 nachgebracht, so ist der fürsorglich Aufgenommene zu entlassen; falls aber nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters die Voraussetzungen des § 5 vorliegen, ist noch vor Ablauf der Frist dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) Anzeige zu erstatten, und bis zur Erlassung der Ent-

schließung des Bezirksamts, die binnen einer Frist von längstens sechs Wochen erfolgen soll, der Kranke fürsorglich in der Anstalt zurückzuhalten.

§ 7. Unterbringung zur Beobachtung des Geisteszustandes. (1.) Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes können, abgesehen von den reichsgesetzlich geregelten Fällen, in öffentlichen Irrenanstalten ohne oder gegen ihren Willen untergebracht werden:

1. Zwangszöglinge und Personen, bezüglich deren das Zwangserziehungsverfahren eingeleitet ist, auf Anordnung des Vormundschaftsgerichts;

2. Strafgefangene und Insassen des polizeilichen Arbeitshauses auf Anordnung der zuständigen Behörde;

3. aktive Militärpersonen auf Anordnung der vorgesetzten Militärbehörde.

(2.) Die Verwahrung darf in diesen Fällen die Dauer von sechs Wochen nicht übersteigen.

§ 8. Entlassung; Einspruch gegen die Zurückhaltung. (1.) Die wegen Geisteskrankheit in Irrenanstalten untergebrachten Personen dürfen gegen ihren Willen in der Anstalt nicht länger zurückgehalten werden, wenn sie als nicht geisteskrank erkannt werden, oder wenn nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters Heilung eingetreten ist, oder wenn die Statthafterklärung (§ 4) oder die bezirksamtliche Anordnung (§ 5) zurückgezogen oder aufgehoben wird.

(2.) Gegen die Zurückhaltung eines Geisteskranken in der Anstalt steht dem Kranken selbst, wenn er geschäftsfähig ist, ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, wenn ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltspflichtigen Familienangehörigen der Einspruch zu. Über den Einspruch entscheidet das Bezirksamt nach Beratung im Bezirksrat; auf die gegen die bezirksamtliche Verfügung nach § 4 Abs. 1 Ziffer 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes zulässige Klage findet § 4 Abs. 2 ebenfalls Anwendung.

§ 9. Entlassung bei Wegfall des Antrags. (1.) Die Entlassung muß ferner erfolgen, wenn der nach § 2 gestellte Antrag zurückgezogen wird, oder wenn der Antragsteller stirbt, geschäftsunfähig wird oder die Antragsberechtigung verliert und nicht ohne Verzug ein Antrag von einem dazu Berechtigten gestellt wird.

(2.) Liegen jedoch in einem solchen Falle nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters die Voraussetzungen des § 5 vor, so hat der Anstaltsleiter unverweilt dem Bezirksamt (§ 4 Abs. 1) Anzeige zu erstatten, welches alsdann das Weitere nach § 5 zu veranlassen hat. Die Bestimmung des § 6 Abs. 5 am Ende findet hier ebenfalls Anwendung.

(3.) Nach Maßgabe des Absatzes 2 ist auch zu verfahren, wenn bei einem auf seinen eigenen Antrag in einer Irrenanstalt untergebrachten Kranken in dem Zeitpunkt, in dem er seine Entlassung verlangt, die Voraussetzungen des § 5 nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Anstaltsleiters vorliegen. Das Gleiche gilt, wenn diese Voraussetzungen

bei einer zur Beobachtung ihres Geisteszustandes eingewiesenen Person (§ 7) beim Ablauf der Beobachtungsfrist vorliegen; die Anzeige (Abs. 2 Satz 1) hat in diesem Falle an die Behörde zu erfolgen, welche die Beobachtung angeordnet hat.

§ 10. Unterbringung in Kranken- und Armenanstalten. (1.) Die Bestimmungen der §§ 1—4, 8 und 9 finden auf die Unterbringung von Geisteskranken in öffentlichen Kranken- und Armenanstalten [1]) entsprechende Anwendung.

(2.) Jedoch dürfen in derartigen Anstalten nur solche Geisteskranke nicht bloß vorübergehend untergebracht werden, die nach dem Zeugnis eines Bezirksarztes oder des Vorstandes einer inländischen öffentlichen Irrenanstalt der psychiatrischen Behandlung und der Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht bedürfen.

(3.) Andere Geisteskranke dürfen in solchen Anstalten nur beim Vorliegen der Voraussetzungen des § 6 Absatz 1 vorübergehend untergebracht werden, wenn und solange die Überführung in eine Irrenanstalt nicht ausführbar ist. [2]) Das bezirksärztliche Zeugnis kann in diesen Fällen durch das Zeugnis des Anstaltsarztes ersetzt werden.

(4.) Das Gleiche (Abs. 3) gilt, wenn ein nicht wegen Geisteskrankheit in einer solchen Anstalt Untergebrachter nachträglich sich als geisteskrank erweist.

§ 11. Vollzugsbestimmungen. Unser Ministerium des Innern und, soweit die psychiatrischen Kliniken berührt werden, Unser Ministerium der Justiz, des Kultus und Unterrichts sind mit dem weiteren Vollzug betraut. —

Aus der sehr eingehenden Begründung sei nur der allgemeine Teil (mit wenigen Auslassungen) hier wiedergegeben (aus der Begründung „im Besonderen" sind einzelne Stellen bereits in den Anmerkungen mitgeteilt):

Die Voraussetzungen, unter denen Geisteskranke in Irrenanstalten untergebracht und dort auch gegen ihren Willen zurückgehalten werden können, sind bei uns seither durch landesherrliche Verordnung geregelt, zurzeit durch die ...Verordnung vom 3. Oktober 1895... In § 8 beläßt diese Verordnung die für die staatlichen Irrenanstalten des Landes bestehenden Statuten in Kraft, soweit sie mit den Bestimmungen der Verordnung nicht in Widerspruch stehen......

[1]) „Als Armenanstalten im Sinne dieser Bestimmung sind die Kreispflegeanstalten, Landarmenanstalten, Stiftungsspitäler, Pfründnerhäuser, nicht aber jedes beliebige, einer geordneten Leitung und Aufsicht entbehrende Armenhaus zu verstehen." (Im Besonderen § 10.)

[2]) „Etwa wegen einer die Transportfähigkeit ausschließenden schweren Verletzung des Kranken u. dergl., aber auch wegen zeitweiliger Überfüllung der in Betracht kommenden Irrenanstalten." (Im Besonderen § 10.)

Diese Vorschriften haben sich, wenn auch eine gewisse Unübersichtlichkeit der jetzigen Regelung nicht zu bestreiten ist, im ganzen wohl bewährt. Auch ist die Zweite Kammer in der Sitzung vom 17. Juli 1906 anläßlich der Beratung einer Petition der Frau Gertrud Hirschberg von Berlin um Erlassung neuer gesetzlicher Bestimmungen zum Schutz der persönlichen Freiheit über dieses Begehren zur Tagesordnung übergegangen. Eine Ergänzung der jetzigen Bestimmungen wurde nur in einer Hinsicht von den Direktoren der Irrenanstalten als wünschenswert bezeichnet, nämlich hinsichtlich der Zulassung der freiwilligen Aufnahmen, der Aufnahmen auf eigenen Antrag des Kranken selbst, die bis jetzt nicht vorgesehen sind.

Bei der hierdurch veranlaßten neuerlichen Prüfung der Rechtslage gelangte die Großherzogliche Regierung jedoch zu dem Ergebnis, daß der Neufassung und Ergänzung der bestehenden Verordnungsbestimmungen die Schaffung einer einwandfreien gesetzlichen Grundlage für die in der Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt liegende Freiheitsbeschränkung vorherzugehen habe.

Allerdings sind auch die Geisteskranken lediglich Kranke, und zwar Gehirnkranke, und der Zweck der Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt ist ausschließlich Krankenhausbehandlung [1]; soweit die Krankenhausbehandlung eines Geisteskranken eine Beschränkung seiner persönlichen Freiheit bedingt, ist letztere als eine medizinalpolizeiliche Maßregel aufzufassen, die der Staat in Erfüllung seiner Aufgaben bewirkt oder duldet, ebenso wie bei gemeingefährlichen oder anderen übertragbaren Krankheiten unter Umständen Freiheitsbeschränkungen durch Einweisung in ein Krankenhaus oder durch Absonderung nötig fallen können. Zu diesen Einwirkungen auf die Freiheit der Kranken ist die Polizeibehörde trotz der die persönliche Freiheit unter den Schutz der Verfassung stellenden Bestimmung in § 13 der Verfassung auch bei uns als befugt zu erachten, und sie kann hinsichtlich der Dauer dieser Einwirkung aus Gründen, die in der Natur der Sache liegen, auch an die Bestimmung des § 30 Abs. 3 des Polizeistrafgesetzbuchs nicht gebunden sein, wonach bei Ausübung der den Polizeibehörden vorbehaltenen Befugnis, rechts-

---

[1] „Die Unterbringung geschieht in erster Reihe im Interesse des Untergebrachten selbst, sie ist ein Akt der Fürsorge für ihn; sie ist, wie der Berichterstatter auf dem 25. Deutschen Juristentag ausführte, nicht Rechtszwang, sondern eine medizinalpolizeiliche Maßregel, die nur tatsächliche Bedeutung hat, und die weder eine Entscheidung über ein streitiges Privatrecht zum Gegenstand, noch irgendwelchen Einfluß auf bestehende Privatrechte, überhaupt auf Rechte hat. Daraus ergibt sich, daß die Gerichte mit diesen Maßregeln nicht zu befassen sind, sondern daß dies eine Sache der Polizeibehörde, der Medizinalpolizeibehörde, bleiben muß." (Im Besonderen § 1.)



und ordnungswidrige Zustände zu beseitigen und deren Entstehung oder Fortsetzung zu hindern, ein persönlicher Zwang nur angewendet werden kann, wenn die zu treffenden Maßregeln ohne solchen undurchführbar sind, und ein Gewahrsam in solchem Falle die Dauer von 48 Stunden nicht überschreiten darf. Bezüglich der Beschränkung der persönlichen Freiheit im Falle einer übertragbaren Krankheit ist letzteres auch in dem Urteil des Verwaltungsgerichtshofs vom 19. September 1895, i. S. der Stadtgemeinde Karlsruhe gegen die Großherzogliche Staatsverwaltungsbehörde (Zeitschrift für badische Verwaltung und Verwaltungsrechtspflege 1896 S. 119) unter Bezugnahme auf die der Polizeibehörde in § 85 des Polizeistrafgesetzbuchs übertragene Befugnis zur Erlassung von Sperr- und Sicherheitsmaßregeln bei ansteckenden Krankheiten anerkannt. Und dasselbe wird im Hinblick auf die §§ 97 und 98 des Polizeistrafgesetzbuchs gelten müssen bezüglich der Versorgung von gefährlichen oder hilflosen Geisteskranken, da § 97 des Polizeistrafgesetzbuchs denjenigen mit Strafe bedroht, der „mit Gefahr für Person oder Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit Blödsinnige oder Geisteskranke, deren Aufsicht ihm obliegt, frei auf Straßen oder an anderen öffentlichen Orten herumgehen läßt“ und § 98 des Polizeistrafgesetzbuchs sich weiterhin gegen denjenigen richtet, der „ihm angehörige oder anvertraute Kinder, Kranke, Gebrechliche, Blödsinnige oder andere hilflose Personen in einer öffentliches Ärgernis erregenden Weise mißhandelt oder auf gleiche Weise in bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost“, denn viele, wenn nicht die meisten Geisteskranken können angemessen beaufsichtigt, geschützt, verpflegt oder ärztlich behandelt nur in Anstalten werden. Somit folgt aus der unter Strafe gestellten Verpflichtung der Fürsorger zur Beaufsichtigung usw. deren Verpflichtung, den Geisteskranken erforderlichenfalls in eine Anstalt zu verbringen und zwar auch ohne oder gegen seinen Willen. Ist aber im öffentlichen Interesse den Fürsorgern diese Verpflichtung auferlegt, so muß auch die Polizei befugt sein, die Erfüllung der Verpflichtung zu erzwingen und nötigenfalls ergänzend das Erforderliche selbst vorzukehren, also ihrerseits den Kranken in die Anstalt zu verbringen.

Diese Befugnis der Polizeibehörde zum Einschreiten gegen Geisteskranke ist u. a. auch anerkannt in dem Urteil des Reichsgerichts vom 30. November 1906, i. S. des Freiherrn v. M. gegen den württembergischen Fiskus (abgedruckt in der Zeitschrift für die freiwillige Gerichtsbarkeit und Gemeindeverwaltung in Württemberg, Nr. 4, April 1907), wo aus dem allgemeinen Begriff der Polizei, für die Ruhe, Sicherheit und Ordnung im Staatsgebiete Sorge zu tragen und Vorsorge gegen die der Gesellschaft oder dem einzelnen drohenden Gefahren zu treffen, die Befugnis der Polizei abgeleitet wird, „trotz der in den einzelnen Staaten gewährleisteten Freiheit der Person gegen solche Personen, von denen eine Störung der Ruhe, Sicherheit und Ordnung im Staatsgebiet zu besorgen ist, einzu-

ſchreiten und zur Sicherung der Gesellschaft oder eines einzelnen gegen eine von ihnen drohende Gefahr die erforderlichen Vorkehrungen, nötigenfalls bis zu ihrer Internierung in bestimmten Räumen, zu treffen".

In beschränkterem Umfang, aber grundsätzlich von denselben Gesichtspunkten ausgehend, anerkannte auch der Berichterstatter Geh. Oberjustizrat Vierhaus-Berlin auf dem 25. Deutschen Juristentag 1900 diese Befugnis der Polizei, indem er ausführte (Verhandlungen Bd. 3 S. 285-286), daß überall da, wo die Aufgabe der Polizei ähnlich definiert ist, wie in Preußen (Allgemeines Landrecht § 10, Teil II, Titel 17: „Die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publiko oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahren zu treffen, ist das Amt der Polizei"), unter den Voraussetzungen, die dort gegeben sind, die Unterbringung in eine Irrenanstalt gesetzlich zulässig sei.

In der Tat entbehren auch im Gegensatz zu einer Anzahl außerdeutscher Staaten (Frankreich, England, Belgien, Holland, Schweden, Norwegen, die schweizerischen Kantone Genf und Neuenburg, ferner die einzelnen Staaten der nordamerikanischen Union; Näheres hierüber bei Hermann Reuß, Der Rechtsschutz der Geisteskranken auf Grundlage der Irrengesetzgebung in Europa und Nordamerika, Leipzig 1888) fast alle deutschen Bundesstaaten, jedenfalls alle größeren, einer gesetzlichen Regelung des Irrenwesens, und es sind in diesen Ländern wie bei uns die Bedingungen, unter denen Geisteskranke auch gegen ihren Willen in Irrenanstalten untergebracht und dort zurückgehalten werden können, im Wege der Verordnung geregelt. Nähere Angaben hierüber bei Dr. *Erwin Burger*, die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten in den größeren deutschen Staaten, Tübingen 1905.

Das bayerische Polizeistrafgesetzbuch ermächtigt zwar in Art. 80 Abs. 2 (Art. 137 des Polizeistrafgesetzbuchs von 1861) die Polizeibehörde, wenn ein Blödsinniger oder Geisteskranker einen Angriff gegen Personen oder fremdes Eigentum verübt oder die öffentliche Sittlichkeit verletzt hat und wegen Unzurechnungsfähigkeit des Beschuldigten entweder ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein das Strafverfahren einstellendes Erkenntnis erfolgt ist, oder wenn die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt ist, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens deren Unterbringung in einer Irrenanstalt oder deren sonstige genügende Verwahrung anzuordnen. Aber auch in Bayern fehlt eine Gesetzesvorschrift, die gestattet, Geisteskranke auf Antrag ihrer Angehörigen gegen ihren Willen in Irrenanstalten unterzubringen und dort zurückzuhalten. Und auch das bayerische Gesetz über die öffentliche Armen- und Krankenpflege vom 29. April 1869 (in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. Juli 1899, Gesetzes- und Verordnungsblatt S. 469, 489), das in Art. 11, II Ziffer 2 es als Aufgabe der Armenpflege bezeichnet, Geisteskranke, welche der notwendigen Aufsicht und Pflege entbehren,

in einer Irrenanstalt unterzubringen, gewährt nicht ausdrücklich die Befugnis zu Freiheitsbeschränkungen hinsichtlich der der Armenpflege anheimgefallenen Geisteskranken.

Für Preußen legt das Gesetz vom 11. Juli 1891 (Ges.-S. S. 300), betr. Abänderung der §§ 31, 65 und 68 des Gesetzes zur Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871, in § 31 den Landarmenverbänden die Verpflichtung auf, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen, und läßt in § 31b zu, daß die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung der Anstaltspflegebedürftigen in Reglements getroffen werden, welche der Genehmigung der zuständigen Minister unterliegen. Durch solche ministerielle Anweisungen ist aber in Preußen auch die Aufnahme von Geisteskranken in Privatanstalten geregelt (Erlaß vom 26. März 1901).

Nur in zwei deutschen Bundesstaaten, in Sachsen-Weimar und in Bremen, ist bis jetzt eine gesetzliche Regelung des Irrenrechts erfolgt, in dem sachsen-weimarschen Gesetz vom 29. Juni 1847 über die Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Jena und in der Bremischen Medizinalordnung vom 2. August 1878 (§§ 47 ff.), beide abgedruckt bei Reuß, Rechtsschutz der Geisteskranken S. 209-10, während die Hamburgische Medizinalordnung vom 29. Dezember 1899 (Amtsblatt 1900 S. 117, Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts, Jahrgang 1900, S. 345) in § 6 zwar gesetzliche Bestimmungen enthält über die obrigkeitlichen Besichtigungen der öffentlichen und privaten Irrenanstalten und über das Recht der Insassen dieser Anstalten, an die Besichtigungskommission Beschwerden zu richten, sowie über eine alsbald nach der Aufnahme vorzunehmende Untersuchung aller in die genannten Anstalten aufgenommenen Personen durch einen Physikus u. dergl., die Bestimmungen über die Aufnahme und Entlassung von Geisteskranken aber einer Ausführungsverordnung des Senats vorbehält (Verordnung, betr. das Irrenwesen vom 1. Juni 1900, Amtsblatt S. 669, Veröffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts 1900 S. 859).

Für die Rechtsgültigkeit der in Rede stehenden landesherrlichen Verordnungen, Reglements, Ministerialanweisungen usw. wird geltend gemacht werden dürfen, daß sie, soweit sie sich an die Leitung der öffentlichen Irrenanstalten richten und diesen vorschreiben, unter welchen Bedingungen sie Geisteskranke aufnehmen dürfen und zu entlassen haben, zweifellos durch das verfassungsmäßige Verordnungsrecht des Landesherrn (Bad. Verfassung § 66) gedeckt sind, soweit sie sich aber auf Privatanstalten beziehen, in den auf die Überwachung der Krankenanstalten bezüglichen Gesetzen (vgl. Bad. Polizeistrafgesetzbuch § 92) und den bei der gewerbepolizeilichen Genehmigung der Errichtung von Privatirrenanstalten nach § 30 der Gerwerbeordnung zu stellenden Bedingungen,

deren Nichtbeachtung in § 147 Ziff. 1 der Gewerbeordnung mit Strafe bedroht ist, ihre gesetzliche Grundlage finden.

Auch ist nicht zu verkennen, daß die wertvollste Gewähr gegen die Möglichkeit einer rechtswidrigen Freiheitsbeschränkung nicht in einem besonderen Gesetz, sondern in den wissenschaftlichen und sittlichen Eigenschaften der Leiter der Irrenanstalten liegt.

Indessen ist das Verlangen nach einer gesetzlichen Regelung der Voraussetzungen für die Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten und für die Entlassung aus denselben seit dem letzten Jahrzehnt des vorigen Jahrhunderts mehrfach auch in den Verhandlungen der parlamentarischen Körperschaften des Reichs und einzelner Bundesstaaten hervorgetreten.

Insbesondere beschloß der Deutsche Reichstag am 16. Januar 1897 auf den Antrag des Abgeordneten Dr. Kruse gelegentlich der Beratung eines von dem Abgeordneten Lenzmann gestellten Antrags auf reichsgesetzliche Regelung der „Aufnahme und Unterbringung von Patienten in Heilanstalten für Geisteskranke" einstimmig:

> „die Verbündeten Regierungen zu ersuchen, baldigst einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher Grundsätze feststellt, wodurch die Aufnahme, die Aufenthaltsverhältnisse und die Entlassung von Geisteskranken in resp. aus den Anstalten reichsgesetzlich geregelt wird"

und nahm bei einer wiederholten Beratung des Gegenstandes am 3. Februar 1902 auf den vom Abgeordneten Lenzmann gestellten Antrag die im Jahre 1897 beschlossene Resolution abermals an.

Auch im badischen Landtag wurde, und zwar bei der obenerwähnten Verhandlung der Zweiten Kammer vom 17. Juli 1906, von dem Abg. Frühauf das Verlangen nach gesetzlicher Regelung des Gegenstandes gestellt.

Die infolge der Beschlüsse des Reichstags eingeleiteten Vorarbeiten für eine reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens haben aber bis jetzt zu greifbaren und festen Vorschlägen nicht geführt (vgl. die Übersicht der vom Bundesrat gefaßten Entschließungen auf Beschlüsse des Reichstags, Reichst.-Drucksache Nr. 211, Session 1907). Infolgedessen steht nach der von der Großherzoglichen Regierung eingezogenen Erkundigung die Einbringung eines Gesetzentwurfs bei dem Bundesrat für die nächste Zeit noch nicht in Aussicht.

Auch hat der 25. Deutsche Juristentag in Bamberg im September 1900 eine reichsgesetzliche Regelung, selbst wenn sie nach Art. 4 Nr. 15 der Reichsverfassung zulässig sein sollte, nicht als empfehlenswert erachtet (Verhandlungen Bd. 3 S. 353-54).

Bei dieser Sachlage glaubte die Großherzogliche Regierung eine spätere reichsgesetzliche Regelung des Gegenstandes nicht abwarten, sondern die Frage prüfen zu sollen, ob sich die Erlassung eines Landesgesetzes empfehle. Diese Frage war zu bejahen. Wenn auch nach den

obigen Darlegungen die Befugnis der Polizei zur Einweisung eines Geisteskranken in eine Anstalt im allgemeinen sich einwandfrei begründen läßt, so fehlt es eben doch an einer diese Befugnis unmittelbar und bestimmt aussprechenden gesetzlichen Vorschrift. Auch sind immerhin Fälle denkbar, in denen die vorhandene Rechtsgrundlage nicht ausreicht. So insbesondere wenn die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Anstalt lediglich in seinem eigenen Interesse zum Zweck seiner Heilung erfolgen soll, ohne daß im Falle der Nichtunterbringung ein öffentliches Ärgernis — § 98 des Polizeistrafgesetzbuchs — zu befürchten wäre. Eine die Befugnis der Polizeibehörde bestimmt aussprechende Vorschrift ist ferner zur Klarstellung wünschenwert gegenüber der ihre allgemeine Befugnis hinsichtlich des persönlichen Zwangs einengenden Bestimmung des § 30 Abs. 3 des Polizeistrafgesetzbuchs, wenn auch diese Beschränkung aus den oben dargelegten Gründen auf die Unterbringung von Geisteskranken in Anstalten nicht anwendbar ist.

Bei dem in dem vorliegenden Gesetzentwurf unternommenen Versuch landesgesetzlicher Regelung glaubte sich die Großherzogliche Regierung im wesentlichen an die seitherigen, oben bereits als im allgemeinen bewährt bezeichneten Vorschriften der höchstlandesherrlichen Verordnung vom 3. Oktober 1895 anschließen zu dürfen. Entsprechend dem Beschluß des 25. Juristentags vom 13. September 1900 unter II, wonach es sich

> „bei der schwerwiegenden Bedeutung, welche die Unterbringung oder Festhaltung in einer Irrenanstalt für den Betroffenen hat, empfiehlt (abgesehen von einer strengen Beaufsichtigung der Anstalten) bezüglich aller dahingehenden Maßnahmen ausreichenden Rechtsschutz zu gewähren,“

wurde aber gleichzeitig für geboten erachtet, die Rechtsbehelfe des Kranken selbst und seiner Vertreter gegen eine die Unterbringung in einer Anstalt zulassende oder anordnende behördliche Verfügung ebenso wie gegen eine den Antrag auf Entlassung ablehnende Entschließung der Behörde tunlichst weitgehend auszugestalten.

Die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt soll nach dem Entwurf zulässig sein entweder auf Antrag bestimmter zu dem Kranken in näherer Beziehung stehender Personen oder Behörden (gesetzlicher Vertreter, unterhaltungspflichtige Familienangehörige, mit der Fürsorge für den Kranken befaßte Behörden, öffentliche Organe oder Verwandte, unterstützungspflichtiger Armenverband usw.), nachdem das zuständige Bezirksamt die Unterbringung für statthaft erklärt hat, oder zufolge Anordnung des Bezirksamts nach Beratung im Bezirksrat bei Geisteskranken, die für sich oder andere oder für das Eigentum gefährlich, für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in bezug auf Aufsicht oder Verpflegung verwahrlost oder gefährdet sind. Sowohl gegen die Statthafterklärung wie gegen die bezirksamtliche Anordnung soll — neben dem nach der Verfahrensordnung (§§ 28 ff.) jedem Beteiligten zustehenden

Rekurs — die Klage an den Verwaltungsgerichtshof nach § 4 Abs. 1 Ziff. 1 des Verwaltungsrechtspflegegesetzes eingeräumt werden, und zwar dem Kranken selbst, wenn er geschäftsfähig ist, ferner seinem gesetzlichen Vertreter und, falls ein solcher nicht vorhanden ist, den unterhaltspflichtigen Familienangehörigen (§§ 4 und 5). Denselben Personen soll nach § 8 Abs. 2 gegen die Zurückhaltung eines Geisteskranken in der Anstalt ein Einspruch zustehen, über den das Bezirksamt nach Beratung im Bezirksrat zu entscheiden hat, worauf ebenfalls die Klage beim Verwaltungsgerichtshof erhoben werden kann.

Sowohl die Unterbringung auf Antrag eines dazu Berechtigten wie diejenige auf Anordnung des Bezirksamts setzt voraus, daß die Geisteskrankheit und die Notwendigkeit der Anstaltsfürsorge auf Grund persönlicher Untersuchung des Kranken durch das Zeugnis eines beamteten Arztes bestätigt ist.

In dringenden Fällen soll eine sofortige fürsorgliche Unterbringung zulässig sein ohne Antrag eines Antragsberechtigten und ohne bezirksamtliche Statthafterklärung oder Anordnung, wenn die Notwendigkeit der sofortigen Aufnahme zum Zweck der Heilung des Kranken oder zur Vermeidung von Gefahren für den Kranken selbst oder für andere oder für das Eigentum oder für die öffentliche Sittlichkeit von einem beamteten Arzt — bei der Aufnahme in Privatirrenanstalten von einem besonders dazu ermächtigten Arzt dieser Anstalt unter Vorbehalt der binnen 24 Stunden zu bewirkenden Untersuchung durch den Bezirksarzt — auf Grund unmittelbar vorhergehender persönlicher Untersuchung bestätigt wird (§ 6).

Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes sollen, abgesehen von den reichsgesetzlich geregelten Fällen (§ 81 der Strafprozeßordnung, § 217 der Militärstrafgerichtsordnung, § 656 der Zivilprozeßordnung) auf die Dauer von 6 Wochen in öffentlichen Irrenanstalten untergebracht werden können: Zwangszöglinge, Strafgefangene und aktive Militärpersonen (§ 7).

Die §§ 8 und 9 regeln die Voraussetzungen, unter denen die Entlassung erfolgen muß, und das bei der Entlassung vor eingetretener Heilung einzuhaltende Verfahren. Die Entlassung muß erfolgen, wenn das Nichtvorhandensein von Geisteskrankheit erkannt oder Heilung eingetreten ist, oder die Statthafterklärung oder die bezirksamtliche Anordnung zurückgezogen oder aufgehoben wird. Die Entlassung muß ferner erfolgen, wenn der Antrag zurückgezogen wird oder der Antragsteller stirbt, geschäftsunfähig wird oder die Antragsberechtigung verliert und nicht ohne Verzug ein Antrag von einem dazu Berechtigten gestellt wird.

In § 10 sind endlich, ebenfalls im Anschluß an die seitherigen Bestimmungen (§§ 5 und 6 der landesherrlichen Verordnung vom 3. Oktober 1895), die Voraussetzungen näher bezeichnet, unter denen Geisteskranke in anderen Anstalten als Irrenanstalten, den öffentlichen Kranken- und Armenanstalten, untergebracht werden können. Nicht bloß vorübergehend sollen in derartigen Anstalten nur solche Geisteskranke untergebracht

werden, die nach dem Zeugnis eines beamteten Arztes der psychiatrischen Behandlung und der Unterbringung in einer Irrenanstalt nicht bedürfen. Andere Geisteskranke sollen nur in dringenden Fällen in solchen Anstalten untergebracht werden dürfen, wenn und solange die Überführung in eine Irrenanstalt nicht ausführbar ist.

Die Regelung der freiwilligen Aufnahmen, der Aufnahmen auf Antrag des Kranken selbst, ist in dem Entwurf nicht vorgesehen, soll vielmehr in der in § 11 vorbehaltenen ministeriellen Vollzugsverordnung erfolgen, da hier keine Freiheitsbeschränkung in Frage steht, die eine gesetzliche Regelung erforderlich machen könnte. Nur für den Fall ist in dem Entwurf (§ 9 Abs. 3) Vorsorge getroffen, daß ein auf seinen eigenen Antrag untergebrachter Kranker in dem Zeitpunkt, in dem er seine Entlassung verlangt, für sich oder andere gefährlich usw. geworden ist. —

Im vorstehenden Entwurf (§ 6) und in seiner Begründung (S. 554) ist vor allem anzuerkennen, daß die Fürsorge für den Kranken und zwar nicht nur zu seinem Schutze, sondern auch zu seiner Heilung als Hauptgrund für seine Unterbringung in die Anstalt gilt. Die Begründung „im Besonderen“ (zu § 6) führt aus: „Nach der übereinstimmenden Auffassung der Irrenärzte ist es fast noch mehr als bei anderen Krankheiten bei Geisteskrankheiten im Interesse des Kranken und seiner baldigen Genesung von der allergrößten Wichtigkeit, daß dem Kranken ohne jeden vermeidbaren Zeitverlust die seinem Zustand entsprechende Behandlung, die im allgemeinen nur in einer sachgemäß eingerichteten Irrenanstalt zweckmäßig erfolgen kann, zuteil wird“. Zweifelhaft erscheint, ob die Forderung eines bezirksärztlichen Zeugnisses auch für die Aufnahme in eine öffentliche Anstalt damit im Einklang steht; jedenfalls wird sie sehr gemildert durch die Möglichkeit des Ersatzes durch das Zeugnis eines Arztes der betreffenden Anstalt. Bisher war auch der behandelnde Arzt zur Ausstellung des Zeugnisses berechtigt, und es war nur die „bezirksärztliche Bestätigung des Fragebogens bezüglich der Frage nach der Aufnahmevereigenschaftung vorgeschrieben, die eine persönliche Untersuchung des Kranken nicht voraussetzte“ (im Besonderen § 3), dagegen konnte nur in dringlichen Fällen der Vorstand einer öffentlichen Anstalt die Notwendigkeit der Aufnahme vorläufig feststellen.

Unschädlich, aber zu überflüssigem Schreibwerk führend, scheint § 9 dem bureaukratischen Streben nach peinlicher Korrektheit entsprungen zu sein. „Der Entwurf geht davon aus, daß für die ganze Zeit der Unterbringung ein Antrag eines dazu Berechtigten vorliegen muß. Stirbt der Antragsteller oder verliert er die Antragsberechtigung, z. B. durch Bestellung eines anderen Vormunds, so muß der Anstaltsleiter ohne Verzug einen Antrag eines der nunmehr zur Antragstellung Berechtigten erheben. Ist dies nicht in kürzester Frist möglich, so ist der Kranke zu entlassen.“ (Im Besonderen § 9).

Die Beratung des Entwurfs dürfte im Verlauf des Winters stattfinden. Daß die Regierung ihn einbrachte, zeugt nicht nur von ihrem Streben nach Korrektheit, sondern auch von Zutrauen in die Einsicht des Badischen Landtages, dem mancherlei zugemutet wird, was z. B. im Reichstag und im Preußischen Abgeordnetenhause wohl auch jetzt noch wenig Aussicht auf Zustimmung der Mehrheit hätte. Geht der Entwurf ohne Verschlechterung — in unserem Sinne — durch, so ist zwar davon keine Verbesserung im badischen Irrenwesen zu erwarten, aber die in psychiatrischen Kreisen gegenwärtig herrschende und nach früheren Vorkommnissen berechtigte Abneigung gegen eine gesetzliche Regelung des Irrenwesens dürfte geringer werden, denn ein deutscher Landtag hätte in seinen Beschlüssen in erster Reihe die Fürsorge für die Kranken und nicht die Angst vor widerrechtlicher Freiheitsberaubung sich zur Richtschnur genommen.

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein ist die Heilstätte Waldfrieden für männliche Alkoholkranke bei Fürstenwalde a. Spree beigetreten.

Das Verzeichnis der dem Verein angehörenden Anstalten (für die Versendung von Berichten am bequemsten in der Form gummierter Adressenstreifen) schickt auf Wunsch

Dr. *Hans Laehr*.

Personalnachrichten.

Dr. *Heinr. Többen*, Arzt an der Strafanstalt Münster i. W., hat einen Lehrauftrag für gerichtliche Psychiatrie an der dortigen Universität erhalten.

Dr. *W. Weygandt*, Prof., bisher in Würzburg, geht als Dir. der Staatsanstalt Friedrichsberg an Stelle des in den Ruhestand tretenden Prof. Dr. *Reye* nach Hamburg.

Dr. *Jul. Braune*, Oberarzt, ist von Schwetz nach Konradstein,

Dr. *Karl Eisen*, bisher 2. Arzt in Kutzenberg, ist als Anstaltsarzt nach Deggendorf,

Dr. *Fritz Taubert* von Ückermünde als Oberarzt nach Lauenburg,

Dr. *Erw. Lauschner* von Lauenburg als Oberarzt nach Treptow a. R.,

Dr. *Kurt Halbey* von Lauenburg als Oberarzt nach Ückermünde,

Dr. *Ernst Herse* von Neustadt i. W.-Pr. als Oberarzt nach Schwetz,

Dr. *Gust. Eichbaum* von Neustadt i. H. als Oberarzt nach Schleswig,

Dr. *Franz Kleiminger* von der Prov.-Irrenanstalt zu Schleswig als Oberarzt an die Prov.-Idiotenanstalt daselbst versetzt worden.

Dr. *Friedr. Sandner* in Ansbach ist zum Oberarzt der oberelsässischen Bezirksanstalt Rufach ernannt worden.

Dr. *Jul. Cohen* in Königslutter,
Dr. *Fritz Krömer* in Neustadt i. Holstein und
Dr. *Herm. Bauer* in Ückermünde sind Oberärzte geworden.
Dr. *Ew. Hecker* in Wiesbaden hat den Titel Professor erhalten.
Dr. *Oswald Berkhan* in Braunschweig ist zum Geh. Sanitätsrat,
Dr. *Ludw. Bruns*, Prof., in Hannover und
Dr. *Otto Snell*, Dir. der Prov.-Anstalt in Lüneburg, zum Sanitätsrat ernannt worden.
Dr. *Wilh. Zenker*, Geh. Sanitätsrat, Dir. der Privatanstalt Bergquell, hat den Roten Adlerorden 4. Kl. erhalten.
Dr. *Wilh. Jung*, San.-Rat, bis 1884 Dir. der Prov.-Anstalt Leubus, ist am 6. Juni im 79. Lebensjahre und
Dr. *Jul. Ludw. Aug. Koch*, Med.-Rat, Dir. a. D. der Staatsanstalt Zwiefalten, am 25. Juni nach langem schweren Leiden im 67. Lebensjahre gestorben.

Die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie[1]).

Von

Dr. **Stertz**, Assistenzarzt.

Es ist Ihnen bekannt, daß nicht lange nach der Einführung der serologischen Methode der Luesdiagnose mit dem *Wassermann*schen Verfahren die Serodiagnostik auch in der Psychiatrie und Neurologie ihren Einzug hielt, und es ist dies erklärlich in Ansehung der außerordentlichen Bedeutung, welche der Syphilis als ätiologischem Moment in diesen Disziplinen zukommt. Seitdem von *Wassermann* und *Plaut* die Tatsache festgestellt wurde, daß die Spinalflüssigkeit der Paralytiker mit einer großen Konstanz (etwa 80% der Fälle) eine positive Reaktion im Sinne *Wassermanns* ergibt, haben sich zahlreiche Nachuntersucher mit der Frage beschäftigt, und so verschieden auch die Meinungen der Autoren über das Wesen der Reaktion sein mögen und so verschieden die Schlußfolgerungen, die sie daran knüpfen, so hat sich doch eine vollkommene Übereinstimmung der Untersucher hinsichtlich des Umstandes ergeben, daß die mit der Syphilis in Beziehung stehenden Erkrankungen des Zentralnervensystems in einer großen Anzahl der Fälle ein positives Resultat ergeben, während das bei allen anderen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks niemals der Fall ist. Es ist also jetzt an der Zeit, die Fragestellung umzukehren und nicht mehr bloß danach zu forschen, ob man z. B. in einem Falle klinisch sicherer Paralyse die sogenannten Antikörper in der Spinalflüssigkeit nachweisen kann, sondern wir

---

[1]) Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau, Direktor Professor Dr. *Boenhoeffer*. — Nach einem in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur am 15. Mai 1908 gehaltenen Vortrag.

sind berechtigt, nunmehr gerade an die zweifelhaften klinischen Fälle heranzugehen und in dem positiven oder negativen Ausfall der Reaktion eine wesentliche Stütze für die Diagnose zu gewinnen.

In der Königlichen Psychiatrischen und Nervenklinik machen wir fast seit einem Jahre von der Serodiagnostik Gebrauch, und ich möchte Ihnen über unsere bisherigen Erfahrungen auf diesem Gebiete berichten und ihnen an der Hand von Fällen Krankheitszustände beleuchten, in denen die Serodiagnostik von Wert, ja sogar von entscheidender Bedeutung sein kann.

Die Reaktion wurde bei 111 Krankheitsfällen teils einmal teils wiederholt angestellt, es ergab sich in Übereinstimmung mit allen bisherigen Mitteilungen, daß positiv nur Fälle reagierten, die mit Lues in Beziehung standen, alle anderen negativ.

I. Unter den positiven steht obenan die Paralyse.

Von 45 Spinalflüssigkeiten reagierten

40 positiv
3 fraglich
2 negativ

Von den letzteren fünf Fällen reagierte aber das Blutserum noch dreimal positiv, so daß die Anwesenheit der sogenannten Antikörper nur zweimal gänzlich vermißt wurde. Das entspricht einem positiven Ergebnis von $95^1/_2$%.

Unter welchen Umständen die Reaktion gelegentlich einmal negativ ausfällt, läßt sich mit Sicherheit nicht sagen. In einem unserer Fälle waren der Untersuchung intensive Hg-Kuren vorangegangen, in einem der zweifelhaften handelte es sich um eine juvenile Paralyse, die seit Jahren stationär ist, so daß trotz der anfänglich charakteristischen Entwicklung Zweifel an der Diagnose entstehen könnten.

Zwischen dem Verhalten des Blutserums und der Spinalflüssigkeit ergab sich keine vollkommene Kongruenz, indem das erstere auch in solchen Fällen positive Resultate ergab, in denen die Spinalflüssigkeit negativ reagiert hatte. Es ergibt sich daraus, daß besonders in zweifelhaften Fällen die Untersuchung des Blutserums nicht unterlassen werden darf.

An die fast konstante Anwesenheit der sogenannten Antikörper in der Spinalflüssigkeit der Paralytiker ist bekanntlich von manchen Seiten die Vermutung geknüpft worden, daß gerade die Antikörper

es seien, welche den paralytischen Prozeß auslösen. Diese Schlußfolgerung hat aber nach dem heutigen Stand der Anschauungen wenig Wahrscheinlichkeit für sich, weil es einerseits möglich ist, durch antiluische Behandlung die Antikörper aus dem Serum zum Verschwinden zu bringen[1]), andererseits aber die Einflußlosigkeit des Quecksilbers auf die Paralyse sattsam bekannt ist.

Ob es übrigens möglich ist, durch konsequente Hg-Behandlung die Antikörper aus der Spinalflüssigkeit der Paralyse zu vertreiben, darüber liegen, soviel mir bekannt ist, noch keine systematischen Untersuchungen vor.

II. Unsere Erfahrungen über die Tabes sind, da wir Punktionen bis vor kurzem fast nur bei klinischen Patienten ausführten, gering. Es scheint aber in Übereinstimmung mit den meisten Literaturangaben, daß wenigstens die Spinalflüssigkeit der Tabiker bei weitem nicht so konstant positiv reagiert, wie die der Paralytiker.

Von fünf unserer Fälle waren drei positiv.

Dieses Verhalten ließe sich wohl am einfachsten erklären, wenn man bedenkt, daß man es bei der Tabes im Gegensatz zur Paralyse mit einem exquisit chronischen Prozeß zu tun hat, bei dessen oft jahrelangem Stillstand die Antikörper temporär aus der Spinalflüssigkeit verschwinden, beziehungsweise so stark an Konzentration einbüßen könnten, daß sie sich dem Nachweis nach der gegenwärtig angewendeten Methode entziehen.

III. Ein sehr bemerkenswertes Resultat lieferten uns wie anderen die Fälle von eigentlicher Syphilis des Nervensystems, indem eine positive Reaktion der Spinalflüssigkeit hierbei die Ausnahme zu sein scheint.

Wir verfügen bisher über acht Fälle, deren Spinalflüssigkeit durchweg negativ reagierte; das Blutserum wurde in drei derselben untersucht und zweimal positiv befunden, der dritte Fall betraf eine sehr intensiv vorbehandelte Frau.

Wir können also annehmen, daß das Blutserum sich in diesen Fällen nicht anders verhält, wie bei der Syphilis anderer Organe, daß aber die Spinalflüssigkeit sich davon in auffallender Weise unterscheidet.

---

[1]) Vgl. den in der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur von *Neißer* gehaltenen Vortrag.

Über die Ursache dieses Verhaltens kann man höchstens schwache Vermutungen hegen. Man könnte sich vorstellen, daß die unter dem Einfluß des syphilitischen Prozesses entstehenden Antikörper an die in großer Menge zur Verfügung stehenden Antigene verankert werden.

Leider ist es nicht leicht, die Erfahrungen darüber zu erweitern, da merkwürdigerweise Fälle von schwerer gummöser Syphilis des Nervensystems in unserem Material in einem nur kleinen Prozentsatz vertreten sind.

IV. Hierzu kommt noch eine kleine Gruppe (7) von Fällen spät latenter bezw. geheilter Syphilis, die keine organischen Symptome seitens des Nervensystems darboten.

Die Spinalflüssigkeit verhielt sich in allen diesen Fällen negativ, das Blutserum einmal positiv, einmal negativ.

Die Fälle der anderen Gruppe, 46 an der Zahl, die mit Syphilis nichts zu tun hatten, betrafen die verschiedensten organischen und funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, mit deren vollständiger Aufzählung ich Sie nicht ermüden will.

Ich hebe nur einige Gruppen hervor, die wegen gelegentlicher differentialdiagnostischer Schwierigkeiten gegenüber den syphilitischen und metasyphilitischen Erkrankungen von Wichtigkeit sind:

Tumor cerebri und Tumor medullae spinalis, tuberkulose Meningitis, schwere alkoholische Zustände, Hydrocephalus, Myelitis, multiple Sklerose, arteriosklerotische Erkrankungen u. a. m.

Alle diese Fälle reagierten, wie gesagt, negativ bezüglich der Spinalflüssigkeit und, soweit untersucht, des Blutserums.

Es sei darauf hingewiesen, daß sich unter diesen Gruppen solche finden, die zu lebhaftem Gewebszerfall Veranlassung geben, mit Rücksicht auf Ausführungen von *Weil* und *Braun*, welche annehmen, daß die Antikörper nichts weiter seien, als eine Reaktion des Organismus auf eigene Zerfallprodukte, also sogenannte Autoantikörper, und auf dieser Basis der *Wassermann*schen Reaktion jede Spezifizität absprechen, vielmehr das Vorhandensein solcher Körper nur als ein Reagenz für im Körper vorgehende degenerative Prozesse ansehen.

Sie sehen aber aus der oben genannten Zusammenstellung, daß degenerative Prozesse und Zerfallserscheinungen im Zentralnervensystem niemals an sich imstande sind, die Reaktion zu einer positiven zu gestalten, wenn nicht die Syphilis eine Rolle dabei spielt. Entgegen

den Einwänden aus dem Prager Institut können wir also vorläufig an der klinischen Spezifizität der Reaktion festhalten (abgesehen von Einschränkungen, welche daraus erwachsen, daß man es vielleicht mit einer Gruppenreaktion auf verschiedene Spirillenerkrankungen zu tun hat, eine Einschränkung, welche bei der Natur der in Betracht kommenden Erkrankungen die klinische Brauchbarkeit wenig tangiert).

Aus der angegebenen Gruppierung der Krankheitsfälle ergibt sich der differentialdiagnostische Wert der Serodiagnose für die Psychiatrie und Neurologie.

Er beruht einmal, wenn man die Gesamtheit der Körpersäfte, also Blutserum und Spinalflüssigkeit, in den Kreis der Beobachtung zieht, in der Möglichkeit der Trennung syphilitischer und metasyphilitischer Erkrankungen einerseits von allen übrigen Erkrankungen andererseits.

Er beruht zweitens, wenn man das Verhalten der Spinalflüssigkeit allein in Betracht zieht, in der Möglichkeit einer Unterscheidung der Paralyse und Tabes einerseits von allen anderen Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks einschließlich derer, die mit Lues in Beziehung stehen bezw. bei früheren Luikern auftreten. Denn nur bei Paralyse und Tabes wurde bisher in der überwiegenden Anzahl der Fälle eine positive serologische Reaktion in der Spinalflüssigkeit gefunden, während sich die Spinalflüssigkeiten bei Lues cerebrospinalis überwiegend negativ, bei Luikern ohne aktive Erscheinungen am Nervensystem stets negativ verhielten.

Grade diese letztgenannten Gruppen möchte ich als die eigentliche Domäne der Serodiagnostik bezeichnen, weil sie es sind, in denen die Cytodiagnostik uns im Stiche läßt.

Die Cytodiagnostik, die Untersuchung des Zellgehaltes der Spinalflüssigkeit leistet ja besonders in Verbindung mit der Untersuchung des Eiweißgehaltes, wie Sie erst kürzlich aus den Ausführungen von Herrn Dr. *Chotzen* an dieser Stelle entnehmen konnten[1]), Vorzügliches, und sie ist durch die Einfachheit der Handhabung und der Beurteilung der Resultate der Serodiagnostik überlegen.

Aber Sie werden sich auch erinnern, daß die Cytodiagnostik in einer Reihe von Fällen versagen oder sogar zu einer Irreführung Ver-

[1]) Vgl. „Beitrag zur Beurteilung der differentialdiagnostischen Verwertbarkeit der Lumbalpunktion." Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie, 1908, Heft 8.



anlassung geben kann; diese sind es, in denen die Serodiagnostik von ausschlaggebender Bedeutung sein kann. In erster Linie kommen hier Fälle in Betracht, in welchen sich bei früheren Luikern mit oder ohne residuäre Erscheinungen des Nervensystems (z. B. Pupillenanomalien) Psychosen entwickeln, und es sich dann um die wichtige Frage handelt: Paralyse oder nicht. Hier würde man eine positive Lymphocytose nur sehr hohen Grades und auch dann nur mit Reserve verwenden können, weil aus zahlreichen Statistiken sich ergibt, daß die überstandene Lues häufig eine langanhaltende, ja dauernde Vermehrung der lymphocytären Elemente zur Folge hat.

Wir haben fünf derartige Fälle untersucht, in denen es sich einmal um einen hebephrenischen Defektzustand, einmal um *Korsakow*sche Psychose, dreimal um paranoide Zustände handelte; in zwei derselben war Lymphocytose allerdings mäßigen Grades vorhanden, die serologische Untersuchung fiel in allen negativ aus.

Von besonderem — auch forensischem — Interesse ist folgender Fall. Es handelte sich um einen 35 jährigen Mann, in dessen Anamnese Syphilis und Epilepsie fehlten, der in einem Zustande traumhafter Benommenheit aufgenommen wurde. Die Pupillen waren weit und reagierten schlecht. Es bestand deutlich Lymphocytose. Es wurde mit Rücksicht darauf an Paralyse gedacht. Die serologische Untersuchung ergab aber im Blutserum und in der Spinalflüssigkeit ein negatives Resultat. Der Kranke erwachte nach Tagen aus seinem traumhaften Zustande, die Pupillen reagierten prompt. Bald darauf stellte es sich heraus, daß wegen seiner kriminellen Vergangenheit die Gerichte auf seiner Spur waren, und einige Monate darauf verteidigte er seine schlechte Sache selbst vor Gericht mit einer Geschicklichkeit, die auch den letzten auf Grund der Lymphocytose gehegten Verdacht auf Paralyse verschwinden ließ. Die Ursache der Lymphocytose blieb übrigens unaufgeklärt (wahrscheinlich doch frühere Lues).

Ebenso wird in Fällen von schwerem Koma, von Status epilepticus, besonders wenn die Anamnese fehlt oder ungenügend ist, die Serodiagnostik allein gelegentlich die Erkennung des Leidens, die Unterscheidung eines paralytischen Anfalles oder Status epilepticus paralyticus von idiopathischer Epilepsie und anderen organisch bedingten Zuständen dieser Art ermöglichen.

Lehrreich ist in dieser Richtung der Fall einer 53 jährigen Frau, deren Anamnese wenig für Paralyse Charakteristisches ergab, und welche in einem Status epilepticus schwer komatös mit starren weiten Pupillen

eingeliefert wurde. Die bald darauf entnommene Spinalflüssigkeit zeigte eine nur schwache Vermehrung der Lymphocyten, hingegen eine starke Antikörperreaktion. Dieser Befund allein ermöglichte es noch bei Lebzeiten (die Kranke starb einige Stunden nach der Einlieferung) die Diagnose auf Paralyse zu stellen, welche dann durch die Obduktion bestätigt wurde.

Besonders können derartige Untersuchungsergebnisse von Nutzen sein, wenn bei solchen im Koma bezw. Status epilepticus Verstorbenen nachträglich Unfallansprüche seitens der Angehörigen erhoben werden.

Auch sonst wird die Methode gelegentlich bei der Unfallbegutachtung Fingerzeige geben können, wenn es sich z. B. darum handelt, in Fällen von Tabes und Paralyse, die mit Vorliebe auf mehr oder weniger erhebliche Verletzungen zurückgeführt werden, zu entscheiden, ob Syphilis vorangegangen ist oder nicht. Die Anamnese läßt ja aus naheliegenden Gründen grade in solchen Fällen leicht im Stich.

Der folgende Fall aus unserer Praxis kann Ihnen diese Verhältnisse illustrieren:

Ein ca. 40 jähriger Mann erkrankte nach einem nicht sehr schweren Kopftrauma an progressiver Paralyse, und seine Angehörigen erhoben Ansprüche auf Entschädigung. Von Lues war weder von dem Kranken selbst, der übrigens mehrere gesunde Kinder hatte, noch von den Angehörigen etwas zu erfahren. Das Gutachten der Irrenanstalt, in dem sich der Kranke befand, sprach sich strikte für einen Zusammenhang mit dem Unfall aus, hauptsächlich deshalb, weil für die gewöhnliche Ursache der Paralyse, die Syphilis, keinerlei Verdachtsmomente zu eruieren waren. Die Berufsgenossenschaft beantragte ein Obergutachten der Breslauer Klinik und erbat auch mit Rücksicht auf den obengenannten Punkt des Gutachtens eine serologische Untersuchung. Die letztere fiel positiv aus und lieferte somit den Beweis, daß der Kranke eine luische Infektion durchgemacht hatte, das Auftreten der Paralyse ließ sich somit — übrigens auch aus klinischen Gründen — zwangloser mit dieser in Zusammenhang bringen als mit dem unbedeutenden Kopftrauma.

In mancherlei anderen diagnostischen Schwierigkeiten hat sich die Serodiagnostik als eine Stütze bewährt. Ich erwähne hier die Unterscheidung von Hirntumor und progressiver Paralyse. Der Hirntumor kann gelegentlich ein der Paralyse ähnliches psychisches Bild darbieten, wie auch der körperliche Befund zu Zeiten, wo die sicheren Symptome allgemeinen Hirndrucks noch fehlen, das gelegentliche Auftreten motorischer Reiz- und Lähmungserscheinungen beiden gemeinsam sein kann. Die Cytodiagnose läßt uns hier zuweilen im Stich, da auch bei Tumoren, zumal wenn sie die Hirnoberfläche er-

reichen, eine Vermehrung der Lymphocyten gefunden werden kann. Findet man in einem solchen Falle eine positive Serumreaktion der Spinalflüssigkeit, so ist dadurch unter Umständen sehr frühzeitig die Diagnose auf Paralyse zu stellen; findet man eine negative Reaktion, so spricht das zunächst gewichtig gegen Paralyse, und man kann dann unter Umständen durch die Untersuchung des Blutserums Anhaltspunkte gewinnen, ob ein luischer, etwa gummöser Prozeß anzunehmen ist, oder ein echter Tumor.

Jedenfalls, ehe man sich entschließt, bei einem raumbeengenden Prozeß im Schädelinneren zur Trepanation zu schreiten, wird einem jedes Hilfsmittel von Wert sein, welches gestattet, das Vorhandensein eines syphilitischen Prozesses mit einiger Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Bisher konnte man solche Schlüsse im allgemeinen nur aus dem Erfolg oder Mißerfolg einer spezifischen Kur ziehen, welche natürlich mit Zeitverlust verbunden war. In der Unterscheidung anderer paralyseähnlicher Krankheitsbilder, besonders der alkoholischen Pseudoparalyse, mancher arteriosklerotischer Erkrankungen, gewisser auf dem Boden von Erschöpfung und Intoxikation erwachsender Zustände von der progressiven Paralyse selbst, leistet uns die Serodiagnose Ähnliches wie die Cytodiagnose.

Beispiele hierfür sehen Sie in folgenden kurz geschilderten Krankengeschichten.

1. 50jähriger Goldarbeiter M.

Seit zwei Jahren vergeßlich, erschwerte Auffassung, herabgesetzte Leistungsfähigkeit, schlechter Schlaf, nächtliche Unruhe ohne Desorientierung, stumpfes Wesen ohne stärkere Affektschwankungen, Potus seit vielen Jahren erheblich, nie Krämpfe, nie Delirium. Lues negiert.

Dementer stumpfer Eindruck, starkes Zittern der Hände und Zunge, Flattern der Gesichtsmuskeln, leichtes Anstoßen bei schwierigen Worten. Pupillen r. größer als l., nicht ganz rund, Reaktion bei konzentriertem Licht sehr schlecht, auf Konvergenz ausgiebig aber träge. Gesichts- und Armreflexe lebhaft, Patellarreflexe gesteigert. Achillessehnenreflexe positiv. Erste Diagnose Dementia paralytica plus Alkoholismus. Spinalpunktion ergibt das Fehlen von Lymphocytose und einen negativen serologischen Befund. Besserung aller Krankheitserscheinungen bei Abstinenz. Diagnose: Alkohol. Pseudoparalyse.

2. 48jähriger Zimmermann G. G. Potator.

1904 wegen Delirium tremens behandelt. Leidet an leichten Schwindelanfällen, Nachlassen des Gedächtnisses, besonders in der letzten Zeit.

Seit 6. Januar 1908 meist bettlägerig, gleichgültig, stumpfsinnig. Seit einigen Wochen demente Größenideen: will Wagen und Schiffe bauen, glaubt Millionen zu besitzen. Pupillen reagieren schlecht, sind different. Lebhafte Sehnenreflexe, Paresen der Beine, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme, ataktisch-paretischer Gang. Fazialisdifferenz, artikulatorische Sprachstörung. Psychisch stumpfsinnig, wunschlos. Größenideen hier in bescheidenen Grenzen, Orientierung etwas ungenau. Merkfähigkeit herabgesetzt. Keine Neigung zum Konfabulieren. Kenntnisse relativ gut. Trotz der vorhandenen alkoholischen Erscheinungen ließ das Auftreten der dementen Größenideen in Verbindung mit den somatischen Symptomen an Paralyse (plus Alkoholismus) denken.

Spinalpunktion serologisch negativ (in Übereinstimmung mit der Cytodiagnose). Diagnose: Alkoholische Pseudoparalyse. Die Größenideen später vollkommen korrigiert.

3. 51 jähriger Sekretär H.

Vor vier Jahren einige Wochen nervös, Kopfdruck, Gedächtnisschwäche, Kopfschmerzen, Sprachstörung, sprach manchmal „wie irre."

Damals starker Trinker und Raucher. Bei Abstinenz langsame Besserung, wieder dienstfähig. Seit ca. ½ Jahr wieder krank, schwach. Vor drei Monaten Schmerzen im Kopf, eingenommenes Gefühl, wieder Entwicklung einer Sprachstörung. Zeitweise besser. Zunehmende Abnahme der psychischen Leistungsfähigkeit, Gedächtnisschwäche. Klagt viel über Atemnot. Lues negiert.

Von spezialistischer Seite war die Diagnose auf Dementia paralytica gestellt worden, nebenbei bestand eine chronische Nephritis. Blasses leidendes Aussehen, leichte Dyspnoe. Verbreiterung des linken Herzens, Vergrößerung und Druckempfindlichkeit der Leber. Geringe Ödeme des Unterschenkels. Viel Albumen. Schlaffer, dementer Gesichtsausdruck, leichte artikulatorische Sprachstörung, erschwerte Auffassung, zeigt sich reizbar, spricht viel, manchmal etwas durcheinander, ermüdet leicht. Pupillen vielleicht nicht ganz prompt. Reflexe vorhanden. Spinalpunktion: Lymphocytose an der Grenze des Normalen. Serologisch: Blutserum und Spinalflüssigkeit negativ. Diagnose: Urämischer Zustand.

4. 58 jähriger Schuldiener S.

Etwas reizbar geworden, sonst nicht auffallend verändert. Lues negiert. Schlaffe Gesichtszüge, Flattern im Gesicht beim Sprechen, bei schwierigen Worten Silbenstolpern, Aufmerksamkeit herabgesetzt, schlechte Auffassung, schlechtes Rechnen. Differenz der Pupillen, die vielleicht nicht ganz prompt reagieren. Leichte Differenz der Patellarreflexe. Erhebliche Arteriosklerose. Von anderer Seite Diagnose auf Paralyse gestellt.

Spinalpunktion keine Lymphocyten, Serodiagnose negativ.

Diagnose: Arteriosclerosis cerebri.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn es sich darum handelt,

die luischen und metaluischen Erkrankungen des Rückenmarks von anderen organisch bedingten Affektionen zu unterscheiden.

Beinahe in allen Fällen beginnender Rückenmarkserkrankungen kommt differentialdiagnostisch die Syphilis in Betracht, und ein positiver oder negativer Serumbefund wird jedenfalls bei Berücksichtigung aller anderer Momente gewichtig in die Wagschale fallen. Von besonderer praktischer Bedeutung erscheint wieder die Abtrennung gummös-luischer Prozesse von Rückenmarkstumor, die sich gewiß in manchen Fällen mit Hilfe der Serodiagnostik wird ermöglichen lassen.

Das ist im wesentlichen der Rahmen, in dem sich die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie gegenwärtig bei uns bewegt, und in welchem sie bemerkenswerte Resultate teils schon geleistet hat, teils mit der Zunahme der Erfahrung noch zu leisten berufen ist. Im Laufe der Zeit wird vielleicht noch die eine oder andere Indikation für ihre Anwendung sich ergeben.

Wir haben auch hier nicht mit absoluten Werten zu rechnen. und die genaue klinische Beobachtung wird uns durch die Bereicherung mit diesem diagnostischen Hilfsmittel um nichts entbehrlicher gemacht, sowenig wie durch irgendein anderes diagnostisches Hilfsmittel.

Abgesehen von dem diagnostischen Wert der Serumreaktion besteht ein rein wissenschaftlicher bekanntlich darin, daß durch dieselbe die Tatsache des Zusammenhanges zwischen Tabes und Paralyse mit der Syphilis auf eine biologisch-chemische Grundlage gestellt wird. Obgleich die eigentliche Ursache der metasyphilitischen Prozesse heute noch ebensowenig geklärt ist, wie zuvor, so ist doch wenigstens eine Möglichkeit gewonnen, weiter zu kommen, nachdem alle anderen Wege, insbesondere die pathologische Anatomie, in dieser Hinsicht versagt haben.

Jedenfalls wird sich der alte Satz „ohne Syphilis keine Tabes und Paralyse“ nunmehr viel einwandfreier und lückenloser beweisen lassen als zuvor. Unter den 45 Paralysen, die zur serodiagnostischen Untersuchung herangezogen wurden, hatten kaum die Hälfte eine bezüglich Syphilis positive Anamnese, während auf Grund der Serumreaktion nur in zwei Fällen Beziehungen zur Lues nicht zu erweisen waren. In dieser Hinsicht sind besonders interessant fünf Fälle von juveniler

Paralyse[1]), die im letzten Jahr in der Klinik zur Beobachtung gelangten.

1. 16 jähriger Knabe B. Die Mutter hatte vorher und nachher Aborte. Pat. war bei der Geburt bis zum 12. Jahre gesund. Von da an geistiger Rückgang. Anfälle, Pupillendifferenz und Starre, lebhafte Reflexe, Babinski links. Schwere paralytische Sprachstörung. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

2. Knabe F. Vater an Paralyse gestorben. Mutter leidet an Tabes. Als Kind schwächlich, sonst gesund. Seit ca. zwei Jahren geistiger Rückgang, eigensinnig, boshaft. Entwicklung einer Opticusatrophie, Pupillen entrundet und lichtstarr, Patellarreflexe gesteigert. Achillessehnenreflexe fehlen. Leichte Ataxie. Zittern der Zunge. Sprachstörung. Paralytische Größenideen. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

3. 19 jähriger Knabe P. Vater Potator. Aborte vorangegangen. Bei der Geburt gesund, erste Entwicklung normal. Vor zwei Jahren leichtes Kopftrauma. Einen Monat darauf zunehmende Verblödung. Sprachstörung, Anisokorie, Pupillenstarre, Spasmen und Ataxie der Extremitäten, gesteigerte Sehnenreflexe. Gelegentlich Größenideen. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

4. 20 jähriges Mädchen W. Vater Tabes. Bei der Geburt Pemphigus. Mit 7 Jahren geistiger Rückgang. Sprachstörung, Ataxie, lichtstarre Pupillen, gesteigerte Reflexe. Seitdem ist die Krankheit im allgemeinen stationär. Gelegentlich Schwindelanfälle. Jetzt Demenz, Pupillenstarre, Sprachstörung, Ataxie, Babinskisches Phänomen. Lymphocytose. Serodiagnostisch positiv.

5. 21 jähriges Mädchen A. Vater an Paralyse gestorben. Mutter Tabes. Geburt und erste Entwicklung normal. Mit 11 Jahren Kopfschmerzen und Reißen in den Beinen, damals lebhafte Patellarreflexe, differente reagierende Pupillen. Sphinkterenstörungen. Mit 13 Jahren reflektorische Pupillenstarre, Ataxie, lebhafte Reflexe, Sensibilitätsstörungen (Diagnose Tabes). Seit 3 Jahren Rückgang der geistigen Fähigkeiten; aus diesem Grund zu keiner Arbeit mehr fähig. Somatisch wie früher, leichte Sprachstörung. Lymphacytose positiv. Serodiagnostisch positiv.

Man könnte, wenn man in diesen Fällen von dem Ergebnis der Serodiagnostik absieht, im Zweifel sein, was eigentlich das Hereditäre dabei sei, die Syphilis, für die man (außer im Falle 4) keinerlei Beweise hätte; oder die Paralyse selbst. Durch die Serumreaktion wurde aber einwandfrei festgestellt, daß alle fünf Kranke latente Syphilitiker waren, und daß mithin auch für die vererbte bezw. juvenile Paralyse derselbe Satz gilt, wie für die der Erwachsenen: „Ohne Syphilis keine Paralyse."

[1]) Dieselben wurden in der Sitzung des Vereins Ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau 1907 vorgestellt. Vgl. den Sitzungsbericht.

Über die phantastische Form des degenerativen Irreseins (Pseudologia phantastica).[1])

Von

Dr. **Bernh. Risch**, Oberarzt auf dem Eichberg.

Seit der *Delbrück*schen Monographie, die pathologische Lüge betreffend, sind eine Reihe von Fällen von Pseudologia phantastica veröffentlicht worden, in welchen wir klinisch verschiedene Krankheitsbilder, vor allem Hysterie, dann Epilepsie und die paranoide Form des Jugendirreseins, wiederfinden. Ich hatte in den letzten Jahren Gelegenheit, eine ziemliche Anzahl Verbrecher und Verbrecherinnen mit mehr oder weniger stark ausgeprägten psychopathischen Zügen zu begutachten oder zu beobachten, in deren psychischem Krankheitsbilde die pathologische Lüge den Mittelpunkt bildete.

Die nähere Untersuchung dieser pathologischen Schwindler männlichen oder weiblichen Geschlechts zeigte, daß sie in ihrer abnormen seelischen Veranlagung sowie speziell in ihrem Charakter, Gefühlsleben und der Entwicklung der einzelnen intellektuellen Gebiete so außerordentlich viel Gemeinsames haben, daß wir in allen denselben Krankheitstypus zu erkennen imstande sind und vor allem die Abgrenzung von anderen Krankheitsbildern, z. B. der Dementia paranoides sehr leicht ist. Gerade zur Verwechslung mit der Dementia paranoides aber pflegt, wie die Erfahrung lehrt, die Neigung der Kranken zum Fabulieren zu führen. Die lügenhaften Erzählungen werden, wie bereits der so viel diskutierte und widerspruchsvoll begutachtete Fall der C. R. von *Delbrück* zeigt, fälschlich als paranoische Wahnbildung aufgefaßt. Forensisch von großer Wichtigkeit ist der Umstand, daß diese eigentlich so leicht erkennbaren seelischen Mißbildungen spät als solche erkannt werden und die Kranken daher

[1]) Aus der Bezirksanstalt Eichberg (Dir. Dr. R. *Snell*).

häufig erst nach der Ausführung einer großen Reihe von Delikten in geschlossenen Anstalten unschädlich gemacht werden. Die Beschreibung einiger etwa 6 typischer Fälle, welche ich aus der großen Zahl ähnlicher Beobachtungen herausgreife, dürfte von kasuistischem Interesse sein. Der Kürze halber will ich mich darauf beschränken, 5 Krankengeschichten ausführlicher zu bringen.

Fall I.

Gelegenheitsarbeiter A., 1882 geboren. Sohn eines Gärtners. Heredität: Bruder schwachsinnig. Mutter nervenkrank, leidet an Herzkrämpfen. Onkel erschossen. Großvater starb an Gehirnerweichung. A. in der Schule mittelmäßig begabt, erlernte kein Handwerk. Besaß keine Ausdauer, vertrug keinen Tadel und verließ bei der kleinsten Rüge die Stellung. Vielfach wegen Diebstahls vorbestraft. Gesamtstrafe 3 Jahre, 3 Monate Gefängnis. Im Gefängnis fiel er durch „Hang zur Melancholie", einen Selbstmordversuch durch Erhängen, seine vielen Eingaben und verworrene Reden auf. November 1905 aus dem Gefängnis X. entlassen und zur Erfüllung seiner Militärdienstpflicht eingezogen. Während der Dienstzeit „Eingaben, in denen Verfolgungsideen und Selbstmordgedanken zum Ausdruck kamen". Sein angebliches abenteuerliches Vorleben war den Kameraden bekannt: „Seine Erzählungsweise klang aber so bestimmt und überzeugend, daß Bedenken an der Wahrheit seiner Erlebnisse nicht auftauchten." 15. Januar 1906, Beobachtung im Militärlazarett auf seinen Geisteszustand. Dort zwei Entweichungsversuche. Der Ergreifung nach dem ersten Fluchtversuch folgte Zustand von Teilnahmlosigkeit und Äußerung von „Wahnideen". (Damit sind die später angeführten pathologischen Lügen gemeint.) Bei der zweiten Entweichung Hinterlassung eines Zettels, „auf dem Selbstmordabsicht und die ihn beherrschende Angstvorstellung ihren Ausdruck fanden". Im Februar Selbstmordversuch durch Erhängen. April 1906 in die Familie entlassen. Ausführliches Gutachten enthält die Diagnose „Dementia paranoides". Einen Monat später auf der Straße liegend aufgefunden, behauptete wegen Atemnot nicht gehen zu können. Darauf durch Vermittlung des Städtischen Krankenhauses Überführung in die Irrenanstalt. Ausführliches kreisärztliches Gutachten nimmt das Bestehen von „fixierten paranoiden Wahnideen im Sinne des Größen- und Verfolgungswahns an". Aufnahme in hiesige Anstalt am 9. September 1906. Körperlicher Status ohne abnormen Befund. A. ist zeitlich, örtlich und über seine Person orientiert, hält sich nicht für krank. Antworten erfolgen prompt. Gedankengang geordnet. Äußere Haltung ruhig. Prüfung der Intelligenz und der verschiedenen Vorstellungsgebiete (nach Fragebogen *Sioli*) ergibt befriedigendes Resultat. Kombinationsfähigkeit intakt. Schulkenntnisse nicht erheblich. Erzählt: „14 Jahre alt trat er in die Lehre zu einem

Mechaniker. Nach 1½ jähriger Lehrzeit kam er als Volontär in die A.-werke in F., wo er nach weiteren 1½ Jahren als Reklamefahrer angestellt wurde.“ Antworten erfolgen prompt. Die Ausdrucksweise ist kurz und klar. „Als Reklamefahrer blieb er bis zur Militärzeit, also Herbst 1905. Vorbestraft wurde er 1901 (6 Monate Gefängnis), weil er einen Mann überfahren hatte. Am 2. Januar 1906 erlitt er einen Unfall beim Turnen. Er fiel mit dem Kopf gegen zwei eiserne Stützen. Narbe blieb nicht zurück. Was weiter geschah, weiß er nicht. Vom Generalarzt Dr. K. wurde ihm später mitgeteilt, daß er kurze Zeit nach dem Fall bewußtlos gelegen habe, darauf laut geschrieen hätte, und über die Tische und zum Fenster hinausgesprungen wäre. Darauf kam er ins Garnisonlazarett und dort nach 6 Wochen und 2 Tagen zum Bewußtsein. Am 5. April wurde er aus dem Lazarett entlassen und kam ins R..... hospital zu M. Am 13. wurde er von den Eltern nach Hause geholt. Nach den Osterfeiertagen übernahm er wieder die Stellung als Chauffeur. Am 9. Mai bekam er in einem Restaurant Streit mit seinem früheren Feldwebel. Er schlug letzterem ein Glas auf den Kopf, kam darauf ins R..... hospital und am 10. Juli nach H. ins Krankenhaus, wo er bis zu seiner Überführung nach hier verblieb.“ Als ihm die Auskunft der A..... werke, in denen er nie angestellt war, vorgehalten wird, schüttelt er erstaunt den Kopf und gibt an, er habe Streit mit dem dortigen Geschäftsführer gehabt. Darauf könne vielleicht die falsche Auskunft zurückzuführen sein. 16. September 1906. Wird nochmals aufgefordert, sein Erlebnis als Chauffeur und Reklamefahrer zum besten zu geben. A. fügt den gestern geschilderten Vorkommnissen eine Unmenge von Details hinzu. Er erzählt, wie er beim Kommerzienrat X. in B. (anscheinend eine ihm dem Namen nach bekannte Persönlichkeit) angestellt war. Herr X. war Potator. Patient schildert in lebhafter Weise und mit so feinen Details den Charakter des Herrn, dessen Lebensweise, verschiedene Auftritte mit ihm usw., daß auch ein anwesender Kollege durchaus den Eindruck völliger Glaubwürdigkeit erhält. Herr X. ist Potator, benimmt sich abends oder nachts, wenn er von Zechgelagen heimkehrt, in sonderbarer Weise. Subtile Schilderung der Details, auf welche der Kürze wegen nicht eingegangen werden soll. Am nächsten Morgen pflegen bei dem X. dann Erregungen, Verschrobenheiten aufzutreten. Er schläft bis in den Tag hinein. Wird er durch Zufall früher geweckt, so tritt Reizbarkeit bei ihm auf. „Er brüllt aus dem Fenster nach dem Chauffeur“, verlangt sofortiges Vorfahren des Automobils usw.

Einen derartigen Auftritt schildert A. folgendermaßen: X. verlangte wieder in betrunkenem Zustande eine Fahrt nach F. Die Fahrt ging ihm nicht schnell genug. Als A. über das gesetzlich vorgeschriebene Tempo nicht hinausgehen wollte, kam es zu Konflikten. X. versetzte dem A. im Affekt einen Schlag. A. bremste und verlangte, daß X. sofort aussteigen solle. Schließlich gab X. ihm zur Versöhnung 20 M. Nach

kurzer Weiterfahrt wünschte X., einer verschrobenen Laune folgend, anstatt nach F. nach W. zu fahren. Sie fuhren nach W. Dort fuhren sie vor dem Hotel „N...... er Hof" vor. X. stieg aus. Er verlangte von A., daß letzterer dreimal um ein vor dem Hotel gelegenes Rondell fahren sollte. A. weigerte sich. Das wäre ein unsinniges Verlangen. (Das nur durch Potus zu erklären sei, fügte er dem Arzte gegenüber hinzu.) Es kommt wieder zum Konflikt. Schließlich geht die Fahrt nach F. Sie fahren bei den A..... werken vor. Dort läßt X. den A. warten und verlangt den Direktor zu sprechen. Bei dem Direktor bringt er eine Beschwerde über das renitente Verhalten des A. vor. Der Direktor erklärt ihm, wie A. später aus dessen eigenem Munde erfahren hat, daß die Anforderungen, die Herr X. an den A. gestellt hat, unberechtigt und unzulässig seien. Das Automobil wird von der Firma wieder zurückgezogen usw. Herr X. ist übrigens wegen zu schnellen, rücksichtslosen Fahrens wiederholt mit Polizeistrafen bestraft. Manche Chauffeure geben sich auch dazu her, da sie reichlich dafür bezahlt werden. Er, A., wäre nie auf solchen Unfug eingegangen.

In ähnlicher Weise kurz und prägnant jedes Detail schildernd, erzählt A. eine Reihe von Vorgängen aus seiner Tätigkeit als Chauffeur. Er schildert verschiedene Unglücksfälle, die ihm leider passiert seien, trotz vorsichtiger Handhabung der Steuerung. Aber man wäre doch schließlich gezwungen, die Steuerung dem Käufer des Automobils in die Hand zu geben, wenn letzterer wochenlang mitgefahren sei und die Technik leidlich beherrsche. Und dann kämen die Leute in Erregung. Sie könnten nicht schnell genug fahren. Viele besäßen auch nicht die Fähigkeit schnell zu bremsen; sie denken zu lange. Bis sie den Entschluß zum Bremsen gefaßt hätten, wäre das Unglück leider schon geschehen, ohne daß der Chauffeur etwas dafür könne. Dazu käme die Neigung zum Trinken. Die unvermeidliche Staubentwicklung auf der Chaussee erregt einen oft unbezwinglichen Durst bei Automobilfahrten. So sehr er auch als Chauffeur gewarnt habe, es wäre immer zu viel getrunken worden. Und dann geniere man sich den reichen und feinen Leuten gegenüber so entschieden aufzutreten, wie man eigentlich müsse. Dadurch kämen die vielen Unglücksfälle zustande.

Zufälligerweise waren in dieser Zeit mehrere schwere Unglücksfälle bei Autofahren in unserem Regierungsbezirk vorgekommen, weil einige kuragierte Autofahrer jede Rücksicht beiseite zu lassen pflegten. Zwei Todesfälle waren durch eine Person, einen jungen, reichen Herrn im naheliegenden Orte veranlaßt. Daher erschien alles, was A. erzählte, durchaus glaubwürdig. Alle Fragen, welche von mir hin und wieder eingeworfen wurden, beantwortete A. prompt und mit täuschender Sicherheit. Er beschrieb dann verschiedene Unglücksfälle, wegen deren er in Anklagezustand versetzt worden sei, und schilderte die Zeugenaussagen bei den betreffenden Gerichtsverhandlungen. Er wurde freigesprochen,

weil er bestimmte Nachweise zu liefern vermochte, durch welche er sich sicher gestellt hatte. In einem Falle konnte er dem Drängen des Kunden, der um jeden Preis selbst und mit einer unzulässigen Geschwindigkeit fahren wollte, nicht widerstehen. Der Betreffende hatte ihm eine Geldbelohnung versprochen, war schließlich im Affekt sogar tätlich gegen A. geworden. A. ließ ihn darauf unterschreiben, daß Z. ihn zur Abgabe der Steuerung gezwungen hätte und jede Verantwortung übernehme. A. blieb nur zum Schutz im Automobil, um im Notfall helfend einzugreifen. Kurz und gut, es kam zu einem Unglück. Das Auto stürzte um. Zwei Damen wurden leicht, Herr Z. schwer verletzt. A. kam glücklich mit einigen Schrammen davon usw. Im Auftrage seiner Firma machte er weiterhin Touren als Reklamefahrer und beteiligte sich bei solcher Gelegenheit an einem Rennen mit dem Endpunkte P. In P. knüpfte er ein Verhältnis mit einem jungen Mädchen an, das ihm später nach B. folgte. Er sagte sich von ihr los, als er sie auf einer Untreue ertappte usw.

Er schildert alle Details, wie der Verdacht einer Untreue seiner Geliebten schon einige Zeit vorher in ihm wachgerufen wurde. Er erzählt, wie ihn das aufgeregt hat, und sucht die Affekthandlung, die er begangen hat (er hat den Verführer der Geliebten körperlich schwer mißhandelt und verletzt), durch seine Erregung zu entschuldigen usw. Seine Eltern sind infolge dieser Liebschaft, die sie nicht billigten, und infolge der Verschwendung, zu welcher A. durch die Geliebte veranlaßt wurde, mit ihm zerfallen. Er bedauert diese Vorgänge, bereut sein Verhalten den Eltern gegenüber und hofft auf Verzeihung. Alle Bemerkungen, welche Urteile über die geschilderten Vorgänge enthalten, sind treffend, zeugen von einem klaren Urteil. Es ist der Gedankengang eines Menschen von gesundem Verstand, der richtig und gut zu handeln bestrebt ist. Niemals stoßen wir dabei auf Überschwenglichkeit oder sittliche Entrüstung, die gekünstelt erscheinen könnte. Natürlicher kann man nicht reden und seinen Gedanken Ausdruck geben, wie es A. tut. Und doch ist kein Wort von all den Geschichten wahr. Sie sind von A—Z erfunden. A. ist niemals in seinem Leben Auto gefahren und hat keine Ahnung von der Bedienung, dem Bau desselben. Bei den A..... werken war er nie angestellt, auch nicht bei einer anderen Automobilfabrik. Er ist Gelegenheitsarbeiter, der kein Handwerk erlernt hat, aber auch zu keiner dauernden Arbeit in einer Fabrik imstande ist. Er arbeitet vorübergehend, wenn er irgend eine Arbeit findet, und verlebt den größten Teil des Jahres im Gefängnis, wohin er infolge der wiederholten Diebstähle immer wieder gerät. — 17. September. Auf Befragen behauptete Pat. gestern plötzlich von seinen ganzen Chauffeurerlebnissen nichts zu wissen. Er glaube Ref., wenn letzterer ihm versichert, daß er (Pat.) solche merkwürdigen Geschichten erzählt habe. Er selbst vermag sich der ganzen Erzählung nicht zu erinnern. Mit anderen Worten, er behauptet Amnesie für die Vorgänge zu haben, soweit dieselben sich auf seine romanhaften Erzählungen beziehen. Für

alles andere, was er hier erlebt hat, besteht aber keine Amnesie. Das spricht denn doch sehr gegen einen andern Bewußtseinszustand, in welchem sich der Kranke bis gestern befunden haben müßte. — 2. Oktober 1906. Hat wenig geboten und meist still dagelegen. Seit einigen Tagen äußert er Verfolgungsideen (es sei Gift im Essen, ein Frauenzimmer habe ein Interesse daran, ihn zu töten), denen er in einem Briefe vom 28. September auch Ausdruck gibt. — 8. Dezember 1906. Patient hat in letzter Zeit ein ganz anderes Verhalten an den Tag gelegt. Er ist freundlicher, guter Stimmung. Arbeitet sehr fleißig auf der Abteilung und ist dort sehr verträglich. Von einer Besprechung von früheren Behauptungen wird zurzeit noch abgesehen. — 10. Februar 1907. Sehr fleißiger, ruhiger Arbeiter, hat bei den Festen, an denen er teilgenommen hat, sich ordentlich benommen. — 4. April 1907. Entwich gestern Abend mit einem Mitpatienten. — 9. April 1907. Wird wieder eingeliefert, nachdem er in zwei Fällen in genau derselben Weise wie früher Diebstähle versuchte und ausführte. Unter dem Vorgeben, als Elektrotechniker Arbeiten in den Wohnungen ausführen zu wollen, kam er zu den Leuten und versuchte zu stehlen. — 15. Mai 1907. Verhält sich ruhig und geordnet. Über die nach seiner Entweichung verübten Delikte ist er anscheinend orientiert. Er versucht die Hauptschuld auf den Mitkranken zu schieben, den er mitgenommen hat. — 8. Mai schreibt er, nachdem er sich Papier ausgebeten hatte, einen Lebenslauf, in welchem er seine früheren romantischen Erlebnisse nicht berührt, aber wieder über neue Liebesabenteuer berichtet. Die Prüfung des Intellektes und der Begriffe und elementaren Urteile ergibt dasselbe Resultat wie früher. Die Fragen des bekannten *Sioli*schen Fragebogens werden meist richtig beantwortet. — 25. Mai 1907. Schreibt an die Direktion und bittet um Arbeit. Brief enthält folgenden Passus: „Meine Ansicht ist die, daß § 51 des B.St.Gb. nicht zur Anwendung kommen kann, indem ich bei Begehung sämtlicher strafbaren Handlungen meine freie Willensbestimmung besessen habe, wodurch meine strafrechtliche Verfolgung nicht ausgeschlossen ist; sollten die Herren Ärzte ein anderes Urteil darüber fällen, so muß ich als Laie mich diesem Gutachten anschließen, jedoch möchte ich die Herrn bitten, dabei sehr vorsichtig zu Werke zu gehen."

Wie aus vorstehender Krankengeschichte hervorgeht, ist A., der sich zurzeit noch in hiesiger Anstalt befindet und fleißig in der Korbflechterei arbeitet, ein erblich belasteter Mensch, der keinen gröberen Intelligenzdefekt aufweist, aber seit früher Jugend diejenigen psychopathischen Züge zeigt, welche für das Krankheitsbild der geistigen Entartung charakteristisch sind. Das Wesentliche im Krankheitsbilde, das der Kranke geboten hat, ist neben einer eigenartigen degenerativen Charakterveranlagung die krankhaft gesteigerte Phantasie, aus welcher die Fabuliersucht, die Neigung zur Erfindung der seltsamsten Erzählungen entspringt. A. ist renommistisch veranlagt und ein Wichtigtuer, er hat

einen im Verhältnis zu seiner geringen Bildung auffallend guten Stil, zeigt in seinen Briefen wie auch in seinen Reden einen logischen Gedankengang und eine solche Fähigkeit zur Produktion romanhafter Schilderungen und Darstellungen, daß man geradezu von dichterischer Begabung bei ihm sprechen kann. Dabei finden wir bei ihm charakteristische Stimmungsanomalien. Übrigens macht A. keineswegs einen redseligen oder exaltierten Eindruck. Er zeigt im Gegenteil meist ein ruhiges und zurückhaltendes Benehmen. Er erzählt seine lügenhaften Erzählungen mit so treuherzigem Gesicht ohne eine Spur von Übertreibung, daß es völlig unmöglich wird, zu unterscheiden, ob er lügt oder die Wahrheit spricht. Seine novellistischen Ergüsse wurden anfangs für wahr, später für ein Wahnsystem gehalten.

Fall II.

Als zweiter Fall soll die Krankengeschichte eines vielfach vorbestraften Verbrechers, des 48 jährigen Dichters und Journalisten B., angeführt werden, der vor kurzer Zeit von mir beobachtet und nach Zubilligung des § 51 zur weiteren Behandlung hiesiger Anstalt zugeführt wurde. Heredität: Großvater mütterlicherseits an Trunksucht zugrunde gegangen. Zwei Schwestern hysterisch, haben beide dreimal unehelich geboren. Nach Besuch der Präparandenanstalt in W. bestand B. die Aufnahmeprüfung im Lehrerseminar nicht. Er war als Schüler nicht fleißig, las aber viel. Hatte plötzliche Passionen, einmal Schriftstellerei, dann Jagdgeschichten, dann wollte er an eine Bibliothek usw. War stets sehr erregbar. 1885 war er in X. Lehrer. Er heiratete dort. Die Ehe wurde 1888 wegen Ehebruchs des B. geschieden. Er hatte verschwenderisch gelebt (Ehescheidungsakten) und versucht, sich in den Besitz des Vermögens seiner Frau zu setzen, um ein luxuriöses Leben führen zu können. Den Lehrerberuf hatte er aufgegeben und als „Kaufmann" vom Gelde seiner Frau gelebt; er wollte eine „Aromatikfabrik" bauen, „eine Molkerei" errichten usw., obgleich er nichts davon verstand. Am 2. August 1892 wurde er in E. wegen Betrugs in mehreren Fällen und einer schweren Privaturkundenfälschung zu 1 Jahr, 5 Monaten Gefängnis verurteilt. In der Urteilsbegründung heißt es unter anderem: „Darauf mietete der Angeklagte in der N.... straße zu E. ein einzelnes Zimmer, ließ einen Stempel „J. M. Verlag E." anfertigen und erließ in verschiedenen Zeitungen Annoncen, in welchen vom J. M. Verlag ein kautionsfähiger Kassenbote gesucht wurde. Das auf diese Weise in Szene gesetzte „Verlagsgeschäft" bestand darin, daß einige Probenummern der von dem Angeklagten selbst zusammengesetzten Zeitung „Th." und ebenfalls einige Probenummern des „K." — die Aufzählung einiger Firmen enthaltend — gedruckt und versandt wurden, und daß der Angeklagte bei seinem ein Sattlergeschäft betreibenden Hauswirt auf Borg einen ledernen Ranzen anfertigen ließ, in welchem die etwa später entstehenden Nummern der „Th." und des „K." zum kolportageweisen Vertrieb gelangen sollten.

Daraufhin engagierte Angeklagter den p. G. als Kassenboten, nahm dessen Sparkassenbücher an sich und stellte einen mit „B." per Prokura J. M.s Verlag unterschriebenen Depositenschein aus usw." Den Inhalt der Sparkassenbücher verbrauchte er für sich. 1896 und 1897 Verurteilungen wegen Betrugs und Urkundenfälschungen zu einer Gesamtstrafe von 2 Jahren und 7 Monaten Gefängnis. 1900 wegen Betrugs zu 2 Jahren, 14 Tagen Zuchthaus. 1897 trat er als Professor Dr. X., Gymnasialoberlehrer auf, der einen Erbschaftsprozeß führte (Objekt 28 000 M.), verübte Zechprellereien im Hotel und im Restaurant, betrog eine Kellnerin, ließ sich Gästen im Restaurant vorstellen, legitimierte sich durch gefälschte Papiere und versuchte einen Gast im Restaurant um einen hohen Geldbetrag zu beschwindeln usw. Weiterhin bestellte er in einem Geschäft einen Jagdanzug usw. Sein Auftreten war vornehm. Nach seiner Verhaftung fabulierte er bei der Vernehmung lebhaft weiter. Immer neue Erfindungen wurden produziert. Sein Vermögen bestehe in dem Werte seiner schriftstellerischen Arbeiten usw. Hingewiesen mag darauf werden, daß bestimmte Fabulationen (die zu erwartende Erbschaft im Auslande, die reiche Dame, die ihm Geld schuldet, schriftstellerische Arbeiten für Zeitungen, denen er völlig unbekannt ist, oder die gar nicht existieren) sich bei jeder neuen Schwindelei des Beklagten wiederholen. Wie aus den Strafakten ersichtlich ist, trat Juni 1897 in dem Lügengewebe des Beklagten zum erstenmal der imaginäre Graf X. aus Rußland und die mit letzterem unternommene Weltreise hervor. Auf einer Postkarte nannte er sich Graf von X., königlicher Forstassessor, und bestellte bei einer K.er Firma ein Jagdgewehr im Werte von 327,30 M. Der Wortlaut der Postkarte ist: „Ew. Wohlgeboren würde ich sehr verbunden sein, könnte ich zwecks Ankaufs vorläufig einen „Neuesten Selbstspanner", Dreilauf 16-11 mm (Kruppscher Stahl), 320 M. Preis, zur Ansicht erhalten. Gewehr müßte sich allerdings auch zur Hochgebirgsjagd (Gemse) eignen, darf also nicht sehr empfindlich sein! Bitte bei Stattgabe um recht baldige Erledigung. Hochachtungsvoll (gez.) Graf von X., Königl. Forstassessor. P. S. Dreilauf wie in „Deutscher Jagdzeitung" empfohlen, System Aucon & Daly. —"

Die Firma C. sandte auf Grund dieser Postkarte ein Gewehr nebst Zubehör zum Preise von 327,30 M. an die angegebene Adresse ab.

Zu derselben Zeit scheint er seine phantastische Weltreise auch andern Personen zum Besten gegeben zu haben. Einem gewissen K., bei dem er einen ähnlichen Gewehrschwindel versuchte, wie bei der vorgenannten K.... er Firma, schrieb er aus K. gleichfalls eine Karte als „von X.". Er kündigte in derselben seine Ankunft in B. an. Damals war der Graf X. nur Forstbeamter in Rumänien, während er später Russe und schließlich ein kaukasischer Offizier aus fürstlicher Familie wurde. Die mit „von X." unterzeichnete Karte hat der p. B. übrigens zugegeben selbst geschrieben zu haben.

Von seinen alten Erfindungen produzierte er bei dieser Gelegenheit auch die geheimnisvolle Dame, die ihm Geld (dieses Mal 600 M.) schuldete. Neu war ein Theaterdirektor W. in Z., der als Schuldner von 3000 Frks. fungierte. Er ging soweit, auch die mysteriöse Schuldnerin mit Namen zu bezeichnen. Es ließ sich selbstredend sogleich feststellen, daß seine Behauptung unwahr war. Er behauptete übrigens sogar, gegen Frl. R. vorgehen zu wollen, und suchte sich in den Besitz angeblicher Schriftstücke zu setzen, vermittelst deren er den Beweis für seine Forderung an Frl. R. erbringen wolle.

Die Staatsanwaltschaft ersuchte ihn, Beweise für die Existenz des imaginären Grafen X. zu beschaffen. Die Folge davon war, daß Pat. eine Menge neuer Tatsachen zusammenfabulierte, welche seine Beziehungen zum Grafen beweisen sollten. —

Am 17. Mai 1902 wurde er aus dem Zuchthaus entlassen. Wenige Wochen nachher, etwa im Juli 1902, lernte er seine zweite Frau kennen. In der weiteren Darstellung folge ich den mündlichen und schriftlichen Mitteilungen der Ehefrau.

Soviel letzterer bekannt ist, versuchte er damals ducrh Beschäftigung mit Holzbildhauerei seinen Lebensunterhalt zu erwerben. Er erzählte von seiner schriftstellerischen Tätigkeit usw., wußte ihr, wie es scheint, auch sonst durch seine renommistischen Erzählungen und sein selbstbewußtes Benehmen zu imponieren. Jedenfalls gelang es ihm, seine Braut im Dezember 1902 zur Herausgabe eines Kapitals zu bewegen, mit welchem er ein sogenanntes „Bildergeschäft" in M. begründete. In seine geschäftlichen Manipulationen gestattete er ihr keinen Einblick. Dezember 1903 war es mit dem Geschäfte resp. mit dem Gelde seiner Braut zu Ende. Dezember 1903 heiratete sie den Beklagten, der wieder voll großer Pläne war und dieselben anscheinend auf Kosten seiner Schwiegereltern zu verwirklichen suchte. In M. hatte er, soviel der Frau bekannt ist, nur Bücher geführt. Verkaufen ließ er durch einen Reisenden, den er engagiert hatte. Als die Braut Ende 1903 nach M. kam und etwas Einblick in das Geschäft zu bekommen suchte, war von einem Geschäftsgange nichts zu spüren.

Der M.er Bilderhandel scheint dem E.er Verlagsgeschäft des Beklagten sehr ähnlich gewesen zu sein. Als die Ehe geschlossen wurde, war die Frau jedenfalls durch den Beklagten um mehrere tausend Mark (ca. 4000 M.) geschädigt.

Oktober 1904 siedelte B. nach W. über. Mai 1906 erfolgte die Denunziation gegen ihn wegen Betrugs. Als Patient von derselben hörte, bekam er Nervenanfälle. „Er fiel zu Boden, sein Gesicht verzerrte sich." Etwa viermal wiederholten sich die Anfälle. Einmal trug er infolge des Falls einen blauen Fleck auf der Stirn davon. 3—4 Wochen lag er zu Bett. Dann besserte sich sein Zustand. Das Sprechen griff ihn so an, daß „er abwinkte" und man fortgehen mußte.

Bis dahin hatte er angeblich so viel verdient, daß sie davon leben konnten, d. h. er lebte vom Verkauf der Bilder, die er mit den Mitteln seiner Frau gekauft hatte. Einblick in die Art seiner Geschäfte gestattete er nicht. Über die Höhe des Gesamtbetrages, um welchen die Ehefrau geschädigt ist, ist die Frau sich daher nie klar geworden.

Zu Pfingsten 1906 zog er nach F. und mietete ein möbliertes Zimmer. Über sein Verhalten in F. geben die Aussagen der dortigen Zeugen (Bürgermeister) usw. Aufschluß. Seine Gemütsverfassung betreffend gibt die Ehefrau folgendes an:

Patient war, seitdem sie ihn kennt, sehr reizbar, erregt, schimpfte immer über die Polizei und Jesuiten. Er machte Pläne, die er nicht ausführen konnte. Dabei duldete er keinen Widerspruch. Er spricht viel, ist sehr leicht niedergeschlagen oder exaltiert, überhaupt auffallendem Stimmungswechsel unterworfen. Er liebt zu renommieren. So renommierte er noch kurz vor seiner Verhaftung den Schwiegereltern gegenüber mit seinen Einnahmen: „Wenn er die Bilder teuer verkauft hätte, wolle er sich zur Ruhe setzen.“ Nachts lag er viel wach. Er schlief morgens lange und stand oft erst um 12 Uhr mittags auf. Er hatte stets die Neigung, Geschenke zu machen und „die Leute zu traktieren“. Eine Anstellung suchte er nie. Er wäre auch unfähig gewesen, unter einem Vorgesetzten zu arbeiten, da er von sich selber sehr eingenommen war und sich nicht zu fügen vermochte. Nachts sprang er oft plötzlich auf, zündete Licht an und durchsuchte mit einem Revolver in der Hand seine Wohnung. Er legte sich nachts stets einen Revolver zur Hand, meist auf einen Stuhl oder unters Kopfkissen, und behauptete häufig: „Es wäre jemand im Zimmer, er hätte was gesehen.“ Er gab an, vor längeren Jahren seine verstorbene Mutter am Tage gesehen zu haben.

Seit seiner Verheiratung hat Patient sich schriftstellerisch nicht betätigt, abgesehen von den Lyrischen Flugblättern. Ob er jemals Dramen geschrieben hat, darüber weiß sie nichts Positives. Sein Gedächtnis war stets schlecht. Er rechnete auffallend unsicher. Die Angaben der Ehefrau werden durch die Zeugenaussage des Herrn G. in O. bestätigt. Auf letzteren machte der Beklagte einen „verrückten Eindruck“. Dr. St. in W., der dem Kranken Bilder abgekauft hat, gibt an, daß er über ihn immer gelacht habe; „bald hatte er einen echten van Dycks für 100,000 M., bald einen echten Rafael. Wir waren überzeugt, daß sie nicht echt waren. Erst nannte er sich Schriftsteller, der einen vererbten Bilderbestand los werden wollte, dann spielte er sich als Bilder- und Antiquitätenhändler aus.“

Aus den Protokollen der Zeugen aus F. ist folgendes ersichtlich:

Pat. wollte sich ein Haus bauen, einen Fischteich, Himbeer-, Brunnenkressenkulturen usw. anlegen, eine elektrische Bahn durchs W.-tal bauen. Er wollte den Ort heben. Durch den Bürgermeister des Orts ließ er „die Gemeindevertretung zusammenrufen“. Er führte aus, daß er sich hier ansässig machen wollte, er habe ein Berliner Korsortium an der Hand.

Er wolle 10 Morgen Land kaufen, ein Bild für 250,000 M. verkaufen und dann seine Ruhe haben. Die Gemeinde stellte ihm darauf einen Schießstand. „Er hat auch abgesteckt und andere Leute umsonst daran schaffen lassen und ihnen nur Kognak und Grog gegeben. Er hat auch dem Kriegerverein 15 Gewehre geschenkt, eine Trommel und ein Moltkebild." Letzteres hat seine Frau zurückgeholt. Wie die Ehefrau angibt, sind selbstredend die geschenkten Gewehre nicht bezahlt.

Am 25. Januar 1907 wurde er in Schw. verhaftet und nach D. überführt. Nach seiner Freisprechung wurde er nach W. verbracht und am 24. April 1907 der Irrenanstalt E. zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand überwiesen.

Es wird ihm zur Last gelegt, Bilder falsch signiert zu haben. Er bestreitet entschieden, sich eines Betrugversuchs schuldig gemacht zu haben. Er hat die Bilder, welche gefälschte Signa tragen, als echt gekauft und ist von ihrer Echtheit überzeugt. Körperlicher Status ohne abnormen Befund.

1890 zog er nach B., um die Träger der jung-deutschen Richtung kennen zu lernen. Er war unbefriedigt von der Bekanntschaft der „Jungdeutschen". Es waren moralisch verkommene Leute, und was sie schrieben, deckte sich nicht mit ihrem Lebenswandel.

1889 veröffentlichte er das Drama „Thronfolger und Jesuit". Das war in Österreich verboten, weiterhin „den Schulze von Gabelbach", ein Volksstück, das sich gegen die Sozialdemokraten richtet und zurzeit 1870/71 spielt. „Der Kaiser und die Kaiserin ließen mir schriftlich durch den Hauptmann v. F. ihren Dank sagen hinsichtlich der patriotischen Gesinnung in dieser Arbeit. Das Stück ist vielfach aufgeführt."

„1890 schrieb ich ‚Daschkow', Drama, das in P. zur Aufführung gelangte, aber verboten wurde. Dieses Manuskript ist mir gestohlen worden. In Z. wurde es im II. Stadttheater aufgeführt."

„1894 schrieb ich ‚Revolution zum ewigen Frieden' (wurde nicht aufgeführt und in Rußland verboten)."

„1894 erschien eine Sammlung deutscher Gedichte ‚Unter deutschem Banner'.

Weitere Dramen und Lustspiele von ihm sind: „Die neue Lehre. Drama", erschien 1905 in L. unter Pseudonym „Hans von Hansen".

„Ein toller Streich", Lustspiel 1904.

„Der Verfluchte", Drama unvollendet, angefangen 1899.

„Lützows wilde, verwegene Jagd", Bühnenfestspiel 1890.

„Lyrische Flugblätter für das deutsche Volk", Zyklus von Gedichten 1903.

„Bis 1901 lebte ich in E. als Redakteur der Wochenschrift ‚Th. K. Chr.', dann hab ich für literarische Bureaus gearbeitet, kleine Erzählungen, pädagogische Aufsätze usw., ich war Mitarbeiter vom ‚Waidmann' in B."

„1891 verurteilt zu 1 Jahr, 6 Monaten wegen Betrugs."

Wie war die Sache eigentlich? — „Ich weiß nicht genau, wie das eigentlich zugegangen ist. Es ist manchmal, als wie wenn alles ausgelöscht ist.“ Schließlich gibt er an: „jetzt weiß ich es, Herr Dr., ich habe Kautionsgelder, die von einem Arbeiter gestellt waren, angegriffen. Diese Gelder habe ich nicht für mich verwendet, sondern für Drucken und sonstige Kosten im Interesse des Verlags. Dann hieß es, es wäre gar kein Verlag dagewesen. Erst nach der Verurteilung kamen die Beweisstücke zum Vorschein, welche bewiesen, daß der Verlag existierte usw. Darauf habe ich eine Wiederaufnahme eingeleitet und wurde freigesprochen. Im Gefängnis erkrankte ich. Auf Grund des Freispruchs in dem einen Fall gestattete mir das Oberlandesgericht in N. die Wiederaufnahme der übrigen Fälle. Wegen Krankheit versäumte ich die siebentägige Frist. Mein Rechtsanwalt verstand nicht mein Interesse zu wahren. Der Landrichter, der meine Zeugen im Wiederaufnahmeverfahren vernommen hat, der schickt mir einen Beschluß, der zu meinen Ungunsten lautet, der nicht das konstatierte, was der Zeuge ausgesagt hatte. Es war eine direkte Fälschung der Aussage. Ich appellierte an das Oberlandesgericht nach N., und da wurde mir mein Recht. Mein Gnadengesuch vom Gefängnis aus wurde mir abgelehnt. Da hat man mich abscheulich in E. behandelt. Wegen Fluchtversuchs bekam ich 14 Tage strengen Arrest. Ich habe bei Wasser und Brot, ohne Lagerstätte geschlafen. Ich habe Rheumatismus bekommen usw. usw. Darauf ging ich ins Ausland nach Z. und habe dort im Verlag „O. F.“ gearbeitet, ich bearbeitete den Inseratenteil für die „Alpina“ und „Schweizer Lehrerzeitung“. Dann wurde er Reisebegleiter bei dem Grafen X. Mit letzterem reiste er nach Marseille, Togo. In Port Elisabeth lag er ¼ Jahr krank. In Sandoris traf er wiederum den Grafen und bereiste mit ihm den Kongo, den Nebenfluß des Kongo. Patient hat einen Elefanten erlegt, auch Flußpferdjagden mitgemacht, aber selbst keins geschossen. Dann gingen sie nach Kapland, Ceylon und weiter nach Kalkutta. In Pandschab etwa ½ Jahr gelebt. Auf der Insel Soko in der Mündung des Ganges machte er eine Tigerjagd mit. Der Tiger drang am Tag in ihre Hütte ein. Der Graf war in seiner Begleitung und derjenigen von vier Matrosen gelandet. Er schoß vom Boot aus auf einen Tiger, der halb im Wasser stand. Während die Gesellschaft sich in einer Hütte Kaffee kochte, drang ein Tiger ein und verletzte einen Matrosen tödlich. Der Graf schoß, wurde aber auch verletzt. Schulter und Oberschenkel waren zerfleischt. Einem Matrosen gelang es, den Tiger durch einen Messerstich vollends zu töten.

Die Reise, welche vom Pat. ausführlich geschildert wird, dauerte etwas über zwei Jahre. Es wurden später, nachdem der Graf ausgeheilt war, die Vorberge des Himalaya bereist und im Juli 1896 die Heimreise angetreten.

Pat. weist darauf hin, daß der Graf sich um gar nichts bekümmerte. Wenn Pat. also etwas hätte veruntreuen wollen, hätte er das leicht tun

können. Denn etwa 100 000 Frks. wurden während der Reise verausgabt und gingen zu einem großen Teil durch die Hände des Explorandeu.

Nach der Reise hielt er sich zu seiner Erholung in T. bei B. auf unter dem Namen „B.", Papiere hatte er sich in Z. verschafft. Als Grund dafür führt er an, daß er die polizeilichen Recherchen zufolge seiner Vorstrafen fürchtete.

Er beabsichtigte, sich in M., wo er Beziehungen hatte, niederzulassen.

„Von Oe. aus schwebten Recherchen wegen meines Dramas „Thronfolger und Jesuit" und wegen des Grafen X. Ich wäre wegen Preßvergehen verurteilt worden, da das Drama sich gegen den Thronfolger richtete." Die Polizei bekam seinen Namen heraus, weil die Postsachen unter seinem wirklichen Namen eingingen. Er wurde verhaftet und wegen Betrugs zu 6 Monaten Gefängnis (in A. verbüßt) verurteilt. Nach der Entlassung aus dem Gefängnis ging er nach B. Dort traf er den Grafen X. Im Auftrage von letzterem besorgte er die Doppelbüchse. X. wollte sie auf der Rückreise besichtigen. Patient verpfändete die Büchse, da er sich in Notlage befand. Er wurde verhaftet und zu zwei Jahren Zuchthaus verurteilt.

(Wer verfolgt Sie?) „Der Jesuitenorden." (Beweise!) „Ja, da hab ich Beweise. ‚Die neue Lehre' war in W. zur Premiere eingereicht 1904. Da bekomme ich eine Preßnachricht von H., das Stück soll nicht aufgeführt werden, weil konfessionelle Unruhe entstehen würde. Man hat es mir dann abgelehnt. Die H. Nachrichten sind dann für mich eingetreten." In G. lernte er seine zweite Frau kennen, welche „im Hotel z. A." die Küche führte. Mit den Mitteln seiner Braut, 9000 M., gründete er ein Bildergeschäft in M. in W. „Da hab ich die Polizei auf den Hals bekommen, die Polizei hat meine Vorstrafen dem Publikum bekannt gegeben und mich geschäftlich ruiniert. Ich war Mitglied vom Kreditreformverein usw." Am 23. Dezember 1903 heiratete er. „Ich setzte mich mit D..........er Malern in Verbindung und zog nach B. Ich mietete und richtete einen Salon ein und wollte dort ein Geschäft einrichten. Durch die Polizei wurden auch meine Vorstrafen dort ruchbar." 1904 zog er nach W. und wollte ausschließlich „journalistisch" tätig sein. Der „internationale Journalistenverein" wollte, daß Patient die Vertretung für W. annahm. Er hat in dieser Stellung 180—200 M. verdient. Im Sommer 1904 erkrankte er. „Es fing mit Asthma und Lungenkatarrh an. Dann bekam ich Nerven- und Herzkrämpfe." Er fiel vor Aufregung aus dem Bett.

30. April 1907. Pat. macht einen innerlich erregten Eindruck, denkt viel über die Strafsache nach und überlegt sich, wie er den „Verfolgungen" gegenüber Schutzmaßregeln treffen könne. Bittet abends um Medizin zur Beruhigung. „Heute morgen fühlte ich mich so wohl und heute abend so schlecht."

1. Mai 1907. Die Polizei verfolgt ihn, die ist hinter ihm her. „Wie Bluthunde jagen sie mich, überall bringt sie meine Vorstrafen zur Kenntnis

des Publikums und macht mich unmöglich." — „Ich kann machen was ich will und noch so unschuldig sein, verurteilt werde ich doch!"

Wollten Sie in F. eine elektrische Bahn bauen? — „Ja."

Man hielt aber Ihre Pläne für aussichtslos, für verrückt! — „Warum hat man mir das nicht gesagt? Ich hatte jedenfalls nur Gutes dabei im Auge. Einen persönlichen Vorteil wollte ich nicht."

Halten Sie das für ausführbar? — „Eine Bahn ist doch nicht zwecklos."

Wie kamen Sie eigentlich auf die Idee? — „Ich kann es wirklich nicht mehr sagen." (Wiederholte das vorher Gesagte.)

Sie haben einen Schießstand gekauft? — „Nein, die Gemeinde hat ihn mir geschenkt."

Sie haben Gewehre dem Militärverein geschenkt? — „Jawohl."

Die Gewehre sind aber nicht bezahlt? — „Doch."

Man schenkt doch nicht, wenn man das Geschenk nicht bezahlen kann? — „Ich habe immer gern geschenkt. Ob die gekauften Gewehre bezahlt sind, weiß ich nicht."

Es steht positiv fest, daß Sie dieselben nicht bezahlt haben! — „Das weiß ich nicht mehr."

Haben Sie ein angebliches Bild von Knaus falsch signiert? — „Nein, ich habe nur das jetzige Datum und Jahreszahl oben rechts hingeschrieben."

Warum? — „Weil die Signatur, die sich rechts unten befand, durch den Rahmen verdeckt war."

Nennen Sie das nicht signieren? — „Nein, das Bild ist mindestens 40 Jahre alt, wenn ich das jetzige Datum hinschreibe, so ist das keine Signierung."

Wußten Sie, daß Knaus das Bild nicht anerkennt? — „Jawohl, ich hatte ihm dasselbe hingeschickt. Er hat es aber nachweislich nicht besichtigt. Sein Freund, dem ich das Bild auf Wunsch von Prof. Knaus wiederholt gezeigt habe, erkannte es für echt."

2. Mai 1907. Worin sehen Sie die Beweise dafür, daß Sie verfolgt werden? — „Der Herr Direktor im Gefängnis zu D. hat gesagt, ich würde bestraft. Die Strafe hielte ich nicht aus, da müsste ich sterben. Alles ist eine Clique. Sie haben es früher so mit mir gemacht (weint dabei) sie machen es weiter so."

Wer? — „Die Polizei, und da stecken noch andere dahinter, die Jesuiten. Meine Werke haben ihre Rachsucht erweckt."

Welche Werke? — „Die neue Lehre." „Aber auch früher schon sind sie hinter mir her gewesen, wegen des ‚Thronfolger und Je-

suit'. In den neunziger Jahren hatte ich Streit mit einem Kaplan. Da muß geforscht worden sein. Es hieß, man wolle mich festnehmen. Der Kaplan sagte, die Landesreligion sei katholisch, ich würde schwer bestraft. Da bin ich nachts über den Paß gegangen von T. nach B. ‚Die lyrischen Flugblätter', 1903 gedruckt, richten sich auch gegen die Jesuiten."

3. Mai 1907. Nach dem Besuch der Ehefrau kläglich weinerlich. Unter Tränen erzählt er dem Arzt, daß seine Frau ihn verließe. Sie täte nichts für ihn. Sie wolle Lebensunterhalt erwerben, das könne er nicht dulden. Er hätte für seine Frau stets gesorgt wie für seinen Augapfel. Auf die Bilder lege sie keinen Wert, meinte sie, das sähe so aus, als hätte er ihr Vermögen durchgebracht. Denn ihr Geld stecke doch in den Bildern, auch seines allerdings, aber das wäre ihm egal. Jetzt wäre es zu Ende mit ihm (weint).

Heute morgen „welch furchtbare Waffe man gegen mich hat, daß ich hier gewesen bin. Ich bin mit Gewalt hergebracht worden. Einen Brief hat ich geschrieben, vielleicht krieg ich deswegen wieder eine Beleidigung auf den Hals. Meine Frau hat meine Notizbücher und Briefe verbrannt. Durch die Briefe wird die Frau St. belastet. Ich halte dieses Weib für ein sittlich verdorbenes Subjekt. Ich schäme mich das zu sagen."

23. Mai 1907. Auf Grund des Strafregisters wird Pat. vorgehalten, daß eine zweijährige Weltreise nicht möglich sein kann.

Pat. gibt darauf an: Winter 1894/95 war er in Z., Winter 1895/96 in S. Die Weltreise muß also ins Jahr 1894 fallen. In eine spätere Zeit kann sie nicht fallen, gibt er selbst zu. Die zweijährige Weltreise würde also auf etwa $^3/_4$ Jahr zusammenschrumpfen.

Wie erklären Sie sich das? — „Ich kann mir das nicht erklären."

24. Mai 1907. Auf nochmaliges Vorhalten des Arztes, daß seine Weltreise unmöglich sei: „Dann werde ich irr an mir selber, ich muß zugeben, daß ich die Weltreise nicht unternommen haben kann."

Graf X. war wohl auch Kind Ihrer Phantasie? — „Mag sein, aber ich habe doch mit Russen verkehrt."

Stehen Ihnen die Einzelheiten der imaginären Reise so deutlich vor Augen, daß Sie die handelnden Personen usw. genau beschreiben könnten? — „Ja gewiß. Wenn ich dichte, sehe ich die Figuren leibhaftig vor mir. Sie lassen mir keine Ruhe, ich werde belästigt dadurch."

Weltreise also wohl in Gedanken während des Gefängnisaufenthaltes erlebt? — „Sie glauben nicht, was man alles im Gefängnis denkt." (Fängt an abschweifend auf die Gefängnisbehandlung zu schimpfen. „Man wird da gefoltert von den nichtsnutzigen Henkern.")

In der E...er Affäre, der sogenannten Zeitungsgründung, haben Sie arme Leute schwer

geschädigt? — „Es ist nicht wahr. Der Untersuchungsrichter, der war gegen mich, — das war Nichtsnutzigkeit von der Polizei und dem Gericht, — kaput machen wollten sie mich. Es ist alles gelogen.“ (Schimpft in gewohnter Weise, ohne weitere Diskussion zu ermöglichen. Zum Eingehen auf den Kernpunkt der Sache nicht zu bewegen.)

Die M.....er Affäre ist Ihnen wohl auch nicht mehr ganz dem Sachverhalt entsprechend in Erinnerung? Unter dem Namen Professor oder Dr. X. haben Sie doch eine Reihe von Personen geschädigt, Wirt, Kellnerin, andere Leute! —„Ich bin kein Zechpreller. Aus meiner Familie kennt man so was nicht. Nicht einen Pfennig Schulden hatte ich. — Alles ist gelogen. Sie wollen mich wohl foltern. Nichtsnutzigkeit ist das von der Polizei und dem Gericht. Wieder sind alle hinter mir her, die Henker, die Schufte.“ (Geht auf die gewöhnliche Suada gegen Polizei und Jesuiten über.)

Weiter vorgehalten wird ihm sein Verhalten in F., der unsinnige Ankauf einer Wiese, die Vorbereitungen zu einem Bau, seine seltsamen Pläne betr. Einrichtung eines Waldparkes usw. — „Ich habe keinen Pfennig Schulden.“

Die Wiese haben Sie doch gekauft! — „Ja.“

Selbstredend bezahlt? — „Ja, das heißt, Unterhandlungen schweben.“

Holz haben Sie gekauft? — „Ja.“

Selbstredend bezahlt? — „Das weiß ich nicht genau, ich hatte aber keine Schulden, nicht einen Pfennig.“

Sie haben Gewehre gekauft und verschenkt? — „Jawohl, geschenkt habe ich sie.“

Auch bezahlt? — „Gewiß, meine Gewehre waren es.“

Ihre Frau hat aber noch die unbezahlte Rechnung! — „Das weiß ich nicht mehr genau. Schulden hab ich jedenfalls keine. In meiner Familie kennt man das nicht, Schulden machen.“

Kaufen und nicht bezahlen nennt man „Schulden machen“, oder meinen Sie nicht? — „Hören Sie auf, Sie wollen mich nur foltern. Ich bitte mich überhaupt ernst zu nehmen. Schulden hab ich keine. Das hätte meine Frau nicht geduldet.“

Auch den Wein haben Sie doch bezahlt, „zu Tisch eine Flasche Rotwein“, nicht wahr? — „Was soll das überhaupt? Ich bin kein Zechpreller. Das sind alles Nichtsnutzigkeiten vom Gericht. In meiner Familie gibt es so was nicht.“

Bitte antworten Sie einfach, haben Sie den Wein bezahlt oder nicht? — (Wiederholt in weinerlichem Tone und entrüstet aufstehend die vorgenannten ausweichenden Redensarten.)



Machen Sie im Restaurant Schulden? — „Nein, nein, nein. Sie foltern mich ja."

Denken Sie doch an M., die arme Kellnerin ist doch damals geprellt worden. Die Zeche von einigen Wochen hatten Sie nicht bezahlt, als Dr. X! — „Alles gelogen, diese Henker."

(Ehescheidungsaffäre wird mit ihm diskutiert.) Sie sehen zweifellos die Ehescheidungsaffäre in Ihrer Erinnerung anders, als sie war. Nicht wegen böswilligen Verlassens seitens der Ehefrau ist die Ehe geschieden, sondern weil Ihnen Ehebruch nachgewiesen wurde! — „Der Richter war gegen mich, der war nichtsnutzig. Ein schlechtes Weib war sie."

Mit Frl. W. haben Sie Ihrer eigenen Angabe nach intim verkehrt? — „Gewiß ja, um einen Grund zur Ehescheidung zu haben."

Das scheint eine Erinnerungsfälschung zu sein. Sie wollten überhaupt, wie die Akten beweisen, keine Ehescheidung. Sie beriefen sich im Gegenteil darauf, daß Ihre Frau Ihnen verziehen hätte! — „Alles Nichtsnutzigkeiten, um mich kaput zu machen. Niemals habe ich die Ehe gebrochen. Das ist gelogen."

Sie haben es ja soeben zugestanden! — „Gewiß einmal, aber nicht mehr."

In dieser kritiklosen Manier widerspricht sich der Kranke in wenigen Minuten, widerruft, was er soeben behauptet hat, ohne es zu bemerken. Charakteristisch ist eine lange Rede, die er infolge dieses Gesprächs hält. — Weitläufig wird erzählt, wie glücklich und rein das Eheleben in seiner elterlichen Familie war. Weil er und seine Schwestern nur Gutes in der Familie gesehen haben, sind sie selbst so sittenrein und moralisch geblieben (vide Anamnese, die das Gegenteil beweist).

(Gespräch über seine zahlreichen Werke.) Er wird um Beweise gebeten, daß er sie geschrieben hat. — „Was, ich soll meine eigenen Geisteskinder nicht kennen? Ich soll womöglich nicht der Autor meiner Werke sein?"

Es wird um Angabe der Verleger gebeten. — (Denkt lange nach —, kann sich derselben nicht entsinnen.)

Wenn Sie die Weltreise gar nicht ausgeführt haben, ein Graf X., wie Sie selbst für möglich halten, nicht existiert, dann ist wohl die Beschreibung der Weltreise im „W." nicht von Ihnen verfaßt? — „Ich werde wirklich ganz irre. Aber die ‚Lyrischen Flugblätter', die sind doch von mir."

Beweisen Sie uns die Autorschaft nur eines Ihrer Werke! — „Welches?“

Bezeichnen Sie es selbst, Sie werden doch wissen, was Sie geschrieben haben! — „Wenden Sie sich an das Hofmarschallamt, da finden Sie den Beweis, das Dankschreiben des Kaisers an mich wegen meiner patriotischen Gesinnung. Das wird Ihnen wohl genügen.“

Schließlich erklärt er sich zu einem Brief an Dr. J. bereit, in welchem er um Bestätigung seiner Autorschaft der „Neuen Lehre“ ersucht. Er gibt in diesem Briefe zu, „daß die Jahre 1894—1897 keinen Raum für eine zweijährige Reise in den Tropen übrig haben, aber ich habe ja doch so viel Reiseerinnerungen in mir, daß ..... ich vor einem Rätsel stehe“. „Es erfüllt mich mit den trübsten Ahnungen für die Zukunft, wenn ich selbst zur festen Annahme kommen muß, meine Reisen seien Phantasie gewesen.“

Gutachten.

Wenn wir das vorstehend zusammengestellte Material, den p. B. betreffend, einer sorgfältigen Prüfung unterziehen, so kommen wir zu folgenden Schlüssen:

B. stammt aus einer Familie, deren Mitglieder teilweise hochgradig geistig minderwertig sind, teilweise angeblich besondere Talente aufweisen. Großvater mütterlicherseits starker Trinker, hatte das Delirium. Großvater väterlicherseits war besonders talentiert, poetisch veranlagt. Alle drei Geschwister sind geistig defekt. Die diesbezüglichen Angaben der Ehefrau können wohl als glaubwürdig gelten. Die beiden Geschwister des p. B. sind hysterisch, haben beide mehrere uneheliche Kinder gehabt. Die eine Schwester soll zu Verleumdungen neigen, ebenso wie ihr Bruder den Kopf voll großer Pläne haben. Die jüngere Schwester ist besonders poetisch veranlagt. Der Kranke selbst zeigt in seiner ganzen Charakterveranlagung, in seinem Denken und Handeln, soweit uns seine Vorgeschichte zugänglich geworden ist, den Typus der Entartung. Im Mittelpunkte des Symptomenkomplexes steht das Krankheitsbild der sogenannten pathologischen Lüge (Pseudologia phantastica, *Delbrück*). Das ganze Seelenleben des Kranken, seine Reden, Benehmen, Handeln im Verkehr mit seiner Familie oder fernstehenden Personen, seine Betätigung in geschäftlicher Beziehung oder sein sogenanntes „Schriftstellertum“ ist eine einzige große Lüge. Sein seltsames Wesen und seine Lebensführung wird durch Berücksichtigung folgender drei Gesichtspunkte erklärlich:

1. durch das krankhaft gesteigerte Selbstbewußtsein, das an Größenwahn grenzt,

2. durch den unüberwindlichen Trieb zum Fabulieren,

3. durch die Unfähigkeit einer Kritik seiner eigenen phantastischen Erfindungen, die sein ganzes Vorstellungsleben beherrschen.

Er fühlt sich als hochbegabter Schriftsteller, als großer Jäger, als eine hochangesehene Persönlichkeit, welche geeignet ist, der Mitwelt weite geistige Gesichtspunkte zu eröffnen.

Die Überzeugung versteht er meisterlich seiner Umgebung zu suggerieren. Aus der Schulzeit ist bekannt, daß er nicht fleißig war, aber viel Romane las. Sein Examen für das Lehrerseminar bestand er nicht, trotzdem imponierte er seiner Familie durch seine hohe Begabung.

Seine Schwestern glauben anscheinend noch jetzt unerschütterlich an seine Talente und geistige Leistungsfähigkeit. Und doch bildet sein ganzes Leben den Beweis für seine völlige Unfähigkeit, selbständig zu existieren oder gar produktiv etwas zu leisten. Er fühlte sich als Geschäftsbesitzer und Testamentsvollstrecker, der die Vermögensverwaltung innehat. Damit kommen wir auf den pathologischen Kern seines Charakters, auf die krankhafte Lüge. Nach der Ehescheidung begründete er ein Verlagsgeschäft in E., dessen Hauptbestandteil ein nicht bezahlter lederner Ranzen und einzelne Probenummern einer projektierten Zeitschrift waren. Dazu brauchte er Geschäftsreisende und Kassenboten. Er nannte sich „Prokurist" der Firma M. In seiner Phantasie sah er sich zweifellos als Besitzer eines großen Verlags einer Zeitung und einer Druckerei. Wenige Wochen nach seiner letzten Entlassung aus dem Zuchthaus lernte er seine zweite Frau kennen. Letztere gab ihm das Kapital, das er in M. als sogenannter „Kunsthändler" verausgabte. Im wesentlichen entsprach dieses zweite Geschäft dem soeben erwähnten Verlagsgeschäft in E. Es wurden Hilfskräfte engagiert (Reisende und Kassenboten). Im E.-Geschäft wurde der um seine Kaution geprellte Kassenbote mit dem Falzen einiger Probenummern beschäftigt. Die Beschäftigung der Angestellten in M. wird wohl eine ähnliche Scheintätigkeit gewesen sein. Nach einem Jahre war das in das Scheingeschäft gesteckte Kapital der Braut verloren, und der Kranke ging zum Bilderhandel in W. über. Auch hier ergeben die Zeugenaussagen einen geradezu lächerlichen Gegensatz zwischen den Luftschlössern, die der B. sich aufbaut, und der dürftigen Wirklichkeit. Das ganze Geschäft, von dem er allen denjenigen fabulierte, die ihm zuhören wollten, ist noch zu machen. Es kann gar kein Zweifel bestehen, daß er an die meisten seiner Hirngespinste glaubt und stets geglaubt hat.

Denn die Zwecklosigkeit seiner Lügen ist ja ins Auge springend. Welchen Vorteil brachte ihm denn sein ganzes Gewebe von Lügen, Projekten und Unternehmungen in F.? „Er stand mit einem ‚Konsortium' in B. in Verbindung, wollte eine elektrische Bahn durch das W.-tal bauen, Fischteiche, Schützenhallen, Erdbeerkulturen usw. anlegen."

Bei Betrachtung seines Lebenslaufes finden wir, wie der Kranke überall, wo er hinkommt, fabuliert. Sein ganzes Leben liegt vor seinem geistigen Auge wie ein Roman, und zwar ein Roman, den er selbst geschrieben hat. Daß er Wahrheit und Dichtung unterscheiden kann, ist ganz ausgeschlossen.

Die Beobachtung in der Anstalt, die zahlreichen Kolloquien mit dem Kranken haben im Zusammenhange mit der Betrachtung seiner abenteuerlichen Schwindeleien ergeben, daß für ihn die Produkte seiner Phantasie zur Wirklichkeit werden. Er erlebt, was er konfabuliert. Je mehr man ihn fragt, desto mehr fabuliert er. Er lügt ohne Zweck und Plan. Er belügt sich selbst, wie er alle belügt, die mit ihm in Berührung kommen. Mit derselben Deutlichkeit, wie dem normalen Menschen sein reales Erlebnis vor Augen steht, so haftet in seinem Gedächtnis das in der Phantasie erlebte. Nur mit der unerschütterlichen Überzeugung, mit welcher der Kranke seine Lügen vorbringt, ist das Vertrauen zu erklären, das ihm von so vielen Seiten entgegengebracht wurde. Seine phantastischen Angaben über seine hervorragende schriftstellerische Tätigkeit sind gleichfalls von diesem Gesichtspunkte aus aufzufassen. Es mag sein, daß er einzelne Jagdgeschichten oder die exaltierten Verse: „Lyrische Flugblätter usw." geschrieben hat. Es mögen auch einige andere unbedeutende Arbeiten, welche er anführt, von ihm sein. Im wesentlichen aber ist alles unwahr, was er diesbezüglich angibt. Daß „Die neue Lehre", Pseudonym: H. von H...., von ihm verfaßt ist, scheint mir sehr unwahrscheinlich. Daß er aber an seiner Autorschaft dieser und der vielen anderen von ihm genannten Dramen glaubt, ist durchaus möglich. Denn er fabuliert triebartig; halb bewußt, halb unbewußt. Später aber glaubt er fest an seine Lügen. Alles an ihm ist Schein. Er spielt dauernd eine Rolle, wie ein Schauspieler, und fühlt sich in der Rolle glücklich. Selbstredend hat das Milieu, in dem er lebt, und die jeweilige Situation, in der er sich befindet, Einfluß auf die Persönlichkeit, die er darzustellen sucht, und die er zu sein sich auch einbildet. So schwindelte er als Forstassessor X. oder als Professor X. und prellte in diesen Rollen diejenigen, die ihm vertrauten. Wenn er bemittelt gewesen wäre und seine Zechen hätte bezahlen können, so hätte er ebenso versucht zu lügen und etwas anderes darzustellen, als er war. Sein Auftreten in F. beweist das, ebenso seine zahlreichen plan- und zwecklosen Lügen, die er mir gegenüber in längeren Gesprächen produzierte.

Für die unwiderstehliche Gewalt, mit welcher der Trieb zum Fabulieren sein Vorstellungsleben beherrscht, spricht weiterhin folgender Umstand. Wird ihm eine Lüge nachgewiesen, wie die Lüge von der tropischen Reise mit dem Grafen, so produziert er sofort eine neue. Wird ihm letztere widerlegt, so fabuliert er unweigerlich weiter. Er versagt nie, sobald es sich um Beweise für seine Lügen handelt. Alles was er erlebt hat, stellt sich eben verfälscht in seiner Erinnerung dar. Er vermag es nicht, irgendeinen Vorgang so darzustellen, wie er sich abgespielt hat, besonders nicht, wenn eine Beteiligung der affektiven Sphäre vorliegt. Schon bei dem normalen Menschen wird die Auffassung mehr oder weniger durch zornige oder traurige Affekte gestört und verfälscht und die Erinnerung an die betreffenden Vorgänge getrübt. Bei den krankhaft gesteigerten Affekten

des p. B. aber ist die Beeinflussung seines Denkens und Handelns durch intensive Gefühlstöne eine so hochgradige, daß von einer gesunden Kritik seiner Willensäußerungen keine Rede mehr sein kann. Wenn man irgend eines seiner Erlebnisse, die zu seiner Inhaftierung führenden Vorgänge oder die Verschrobenheiten seiner Lebensführung besprechen will, so gerät er in heftigen Zornaffekt. Vage Beeinträchtigungsideen drängen sich mit großer Gewalt in den Vordergrund seines Bewußtseins, sie werden überwertig, geradezu zu Wahnideen. Einem logischen Gedankengang zu folgen wird er dann ganz unfähig, er versteht nicht mehr die Einwände, die man macht, sondern stellt nur irgend eine vage Behauptung von der angeblichen Vergewaltigung durch Polizei und Jesuiten auf. Da der Affekt ihm jede Kritik raubt, glaubt er in dem gegebenen Fall unerschütterlich an seine soeben aufgestellte Behauptung. Er hält an derselben fest, so lange die Situation sich nicht ändert. Seine immer wieder in wilden Affekten produzierten Beeinträchtigungsvorstellungen gegen die Polizei, Gericht und Jesuiten sind Wahnideen durchaus gleichwertig. Sie beherrschen sein Fühlen, Denken und Handeln in demselben Maße, wie es fixierte Wahnideen tun würden. Sie spielen dieselbe Rolle in seinem Bewußtseinsinhalt wie die Größenideen, die allen seinen Phantastereien zugrunde liegen. Pat. ist überzeugt von der Richtigkeit derselben, sie sind einer Kritik völlig unzugänglich. Während die Größenideen bei ihm auf der Basis des Triebes zum Fabulieren und des gesteigerten Selbstbewußtseins erstehen, gehen die Verfolgungsideen, wie soeben auseinander gesetzt, aus Affektanomalien hervor. Die Erinnerungsfälschung und -verfälschung haben beide Formen der Wahnbildung bei dem Kranken gemeinsam. Denn im Gedächtnis des Kranken tauchen im Affekt massenhafte Vergewaltigungen und Chikanen auf, die „die Büttel, Henker und Schurken" (Polizei und Jesuiten sind gemeint) ihm in seiner Einbildung zugefügt haben. Von der Wahnbildung des chronisch Verrückten unterscheiden sie sich dadurch, daß sie mit dem Milieu wechseln oder in anderen Situationen völlig schwinden können.

Auf intellektuellem Gebiete finden wir gleichfalls erhebliche Anomalien. Neben vorbeschriebener Gedächtnisstörung und Erinnerungsfälschung ist eine Schwäche der Merkfähigkeit unverkennbar. Besonders kraß tritt dieselbe in den zahlreichen Widersprüchen hervor, wie sie die wörtlich wiedergegebenen Kolloquien zeigen. Innerhalb weniger Minuten macht der Kranke die widersprechendsten Angaben, ohne es zu bemerken. Auch die Ehefrau macht auf die auffallende Gedächtnisschwäche des Kranken aufmerksam. Schließlich führe ich noch die vielen anderen Seltsamkeiten des Kranken an, an denen seine Lebensführung so reich ist. Wie schwer die dauernde Affektstörung bei ihm ist, geht daraus hervor, daß er die Nächte häufig schlaflos verbrachte, auffallende Ängstlichkeit und Reizbarkeit zeigte und krankhafte Befürchtungen hegte, überfallen und bestohlen zu werden. Nur so ist es zu erklären, daß er nachts stets

einen Revolver zur Hand legte, ohne jeden Grund die Wohnung mit der Schußwaffe in der Hand nach Dieben durchsuchte. Es ist sehr wahrscheinlich, daß Sinnestäuschungen hysterischer Art, wie sie bei Entarteten vorkommen, die Ursache der von der Ehefrau geschilderten nächtlichen Szenen bildeten.

Ein typisches Entartungszeichen ist auch die zeitlebens bestehende psychische Reizbarkeit und die abnorme Reaktion auf starke psychische Traumata anzusehen. So führte die Aufregung über die gegen ihn gerichtete Denunziation zu Nervenanfällen, anscheinend mit Bewußtseinsverlust.

Das Gutachten kommt zum Schlusse, daß dem B. der Schutz des § 51 zuzubilligen sei.

Fall III.

Bei dem dritten Krankheitsfall handelt es sich um einen Verbrecher, der sich selbst der Verübung einer Reihe von scheußlichen Morden bezichtigte. Nach längerer Beobachtungszeit in der Anstalt behauptete er genau in derselben Art, wie die beiden vorerwähnten Kranken es taten, nichts mehr von seinen romanhaften Schilderungen zu wissen. Als ihm seine Aufzeichnungen urschriftlich vorgelegt wurden, räumte er ein, daß er das geschrieben haben könne, vermochte sich aber selbst nicht zu verstehen. Es war ihm unbegreiflich, wie er so etwas fertig bringen konnte.

C. 1876 in M. geboren. Mutter starb an Krämpfen. Vater lebt, ist starker Trinker. Patient litt vom 8.—12. Jahre an somnambulen Zuständen. In der Schule gut gelernt. Wurde Lehrling bei einem Friseur. Dort nach 1 ½ Jahren wegen Diebstahls entlassen. Dann bis zum 18. Lebensjahre Fabrikarbeiter gewesen. Leistungen schlecht. Zahlreiche Vorstrafen vor dem 18. Lebensjahre.

1888 wegen § 140: 40 Tage Gefängnis.

1889 wegen Diebstahls: 12 Tage Gefängnis.

1891 wegen Diebstahls: 3 Monate Gefängnis.

1892 wegen Diebstahls: 7 Monate Gefängnis.

1893 wegen öffentlichen Ausstoßens aufrührerischer Reden und Unfugs: 8 Monate Gefängnis.

1894 wegen Hausfriedensbruch und Bedrohung: 4 Monate Gefängnis.

Wurde arbeitsunlustig, lebte in Streitigkeiten mit Eltern und Brüdern. Trank stark.

1894 ging er nach Belfort, ließ sich für Toulon (8. Regt. Marine-Infanterie) anwerben.

1895 vom Kriegsgericht in Toulon wegen Diebstahls mittels Einbruchs und Kleiderdiebstahls zum Nachteil der Kameraden und Einsteigens zur Nachtzeit zum Nachteile der Kantinenwirtin zu 5 Jahren Gefängnis verurteilt.

1901 vom Kriegsgericht Tunis wegen Flucht aus dem Gefängnis mittels Einbruchs: 6 Monate Gefängnis.

1906 Rückkehr nach Deutschland.

16. August 1906: Einstellung bei der x.-Komp. Inf.-Reg. Nr. x.

15. Oktober 1906: Drei Tage Mittelarrest, weil er sich außer Dienst betrunken und in der Kaserne gelärmt hatte.

10. November 1906 betrank er sich wieder außer Dienst „und gebärdete sich darauf abends nach dem Abfragen wie ein Tobsüchtiger. Er wollte gegen alle mit der Waffe vorgehen, versuchte hierzu von jedem die Waffe zu nehmen. Hierbei stieß er Drohungen aus, daß noch andere wegmüßten, und dann wäre er an der Reihe. Er bat jeden, ihn doch zu erstechen". Am selben Abend Verbringung ins Garnisonlazarett. — Am 21. November 1906 dienstfähig aus dem Lazarett entlassen. Für sein Verhalten am 10. November 1906 mit 5 Tagen mittleren Arrests bestraft. — 28. November 1906 beim Antritt der Strafe (auf dem Wege zum Arresthaus) Selbstmordversuch. Vorher in einem Briefe Äußerung von Selbstmordgedanken. Lief an der Dampfboothaltestelle auf das Wasser zu. Begleitender Sergeant hielt ihn, drohte von seiner Waffe Gebrauch zu machen. Darauf sagte C.: „Das will ich ja gerade, daß du mich totstichst. Gib mir das Seitengewehr, denn du bist ja viel zu feig dazu." Ging dann schließlich gutwillig mit.

Auf den Arrestaufseher machte er einen verstörten Eindruck, antwortete nicht, nahm keine militärische Haltung an, dem Befehl dazu kam er nicht nach, sagte vielmehr: „Das brauche ich nicht, ich bin kein Soldat mehr." Darauf in Anklagezustand versetzt wegen Beleidigung des Sergeanten und Ungehorsams gegen den Arrestaufseher. Er gab die ihm zur Last gelegten Vergehen zu. — Am 18. Dezember 1906 in der Hauptverhandlung machte er die Angabe, er habe bei der Fremdenlegion einen Unteroffizier erstochen, nachdem ihm dieser im Dienst eine Ohrfeige gegeben; ehe er die Flucht ergriffen, hätte er sich durch Diebstahl Geld und Kleider verschafft. Er sei ergriffen worden, sei zum Tode verurteilt, jedoch sei die Todesstrafe in Zuchthausstrafe umgewandelt worden, später sei er begnadigt und entlassen worden. Auf Grund der Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen wurde die Beobachtung C.s auf seinen Geisteszustand beschlossen. — Am 3. Januar 1907 wurde C., der inzwischen zur Arbeiterabteilung M. versetzt war, dem Lazarett daselbst überwiesen. Hier verhielt er sich ruhig. Er war über Ort und Zeit vollkommen orientiert; auf Befragen gab er nur die unbedingt nötigsten Antworten, die aber richtig waren; zu zusammenhängenden Angaben oder gar zu einer Erzählung war er nicht zu bewegen. Die Sprache war leise, sein Wesen gedrückt, niedergeschlagen. Der Blick war unruhig und verriet Angst. Wenn auch durch Befragen aus dem Untersuchten nicht viel herauszubekommen war, so gewährten seine Niederschriften einen um so tieferen Einblick in sein Seelenleben. In der ersten Zeit verfaßte er einen umfangreichen Lebenslauf, zu dem er mehrere Tage gebrauchte. Aus diesem ist ersichtlich, daß C. eine für seine Stand gute allgemeine Bildung besitzt, daß seine In-

telligenz, seine Urteilsfähigkeit und sein Gedächtnis vollkommen normal sind. Im Lazarett teilweise ängstliche Verstimmung. Vorübergehend wurde über Kopfschmerz und Schlaflosigkeit geklagt.

Sein Lebenslauf, den der Kranke im Garnisonlazarett in M. schrieb, umfaßt 56 Seiten.

Es mögen hier auszugsweise einige phantastische Schilderungen seiner Abenteuer in Afrika folgen:

„Es war ein heißer Nachmittag, wir waren auf dem Exerzierplatz beim Bajonettieren mit aufgepflanztem Seitengewehr, wie es in Frankreich immer ist, denn wir haben keine besonderen Gewehre zum Bajonettieren. Der Unteroffizier, der mich kommandierte, war sehr schlechter Laune und ließ sie mir möglichst fühlen, indem er mir allerlei Schimpfworte gab und tüchtig über meine Faulheit zu toben wußte, obwohl ich noch nie so gut gearbeitet hatte wie eben an diesem Tag. So dauerte das schon seit einer ganzen Pause, also 50 Minuten, ich war sehr erzürnt. Die zweite Pause fing an und mit ihr dieselbe Geschichte, ich wurde immer grimmiger. Er schrie mich an, daß ich ein wahrer Affe sei" usw. Weiter wird geschildert, wie er vom Unteroffizier geschlagen wurde, denselben erstach und dann entfloh, mit zwei Kameraden in Marseille einen Einbruch in einer Kantine verübte und schließlich einen Postwagen beraubte. „So lagen wir ungefähr eine Viertelstunde im Engpaß selbst versteckt, es machte sehr finster, als wir auf einmal den Wagen von weitem hörten. Bald wurden auch seine Laternen sichtbar, ein kurzer Zuruf an meine Freunde, eine ebenso kurze Antwort gab mir die Sicherheit, daß sie bereit waren. Der Wagen kam immer näher, da der Weg hier sehr schlecht war, mußte er langsam fahren. Das dreimalige Pfeifen der Nachteule war kaum verklungen und schon stutzten die Pferde und schon hörte man den Knall eines Revolvers, auf welchen ein Schrei, ein dumpfes Fallen und ein stöhnendes Röcheln Antwort gab. Sofort wurde auch die Hintertür aufgerissen und ein Mann in jeder Hand einen Revolver erschien in dem Rahmen, welcher aber ebenso schnell von einer Kugel durchbohrt zur Erde fiel. Wohl schoß er noch auf der Erde liegend der Seite zu, von wo der Schuß kam, doch zu spät, denn ich hatte mich unbemerkt auf die andere Seite gedrückt und kam jetzt mit einem Satze von hinten auf ihn zu und schlug darauf mit meinem Revolverkolben bis er sich nicht mehr rührte. Dann ging die Plünderung des Wagens los. Wir fanden eine Summe von 2200 Franken in Gold und Papier und steckten sie ein. Die Briefe ließen wir aber, nachdem sie nachgesehen waren, ruhig im Wagen liegen. Als das geschehen war, hoben wir die beiden schwer Verwundeten auf den Wagen, schlugen auf die Pferde, daß sie in vollem Galopp davon sausten. Des anderen Tages hörten wir, daß die beiden tot im Wagen gefunden worden sind in Oulioule. Wir aber begaben uns nach Toulon, wo ich meine Maitresse hatte usw. Eines schönen Tages fand ich meinen Kameraden in einem Zustande, wie ich noch keinen Menschen gesehen hab, so besoffen, daß

er auf der Straße liegen blieb und schimpfte laut auf den Postillon, der noch immer nach ihm schoß, auf den Kutscher, der einen so schönen Purzelbaum vom Bock herab getan, und auf die Pferde, die nicht anhalten wollten. Schon waren Haufen von Leuten um ihn her versammelt und fragten mich, was das alles bedeuten soll, dunkle Ahnungen stiegen in ihnen auf und schon sprach man von Polizei, als ich ankam. Ich hatte keine Zeit zu verlieren. In der Nähe stand ein Wagen. Ich bat den Kutscher näher zu fahren, damit wir diesen Mann nach Hause bringen könnten ....., ich zog den Kerl heraus, bezahlte reichlich den Kutscher, indem ich ihm sagte, er wäre ganz in der Nähe zu Haus und wollte nicht, daß man ihn in diesem Zustand sähe. Der Kutscher fand das ganz natürlich und ging seiner Wege. Als er fort war, suchte ich einen großen Stein, band ihn um den Hals meines Freundes und warf ihn mitsamt dem Stein ins Meer, man hat ihn nie wieder gesehen. Von da ging ich wieder zu meiner Maitresse, welche mich mit Ungeduld erwartete." Schließlich schildert er mit allen Details die Ermordung ‚seiner Maitresse', weil er ihren Verrat fürchtete, seine Verhaftung, Verurteilung usw.

Im Garnisonlazarett zu M. schrieb er auch seine nächtlichen Träume nieder. Ich lasse eine solche Traumschilderung auszugsweise hier folgen.

„Gestern abend hatte ich einen wunderbaren Traum. Ich sah mich nämlich in die Wüste versetzt. Wir waren eine ganze Mission von französischen Offizieren, arabischen Gumiers, eine Anzahl Beduinen, welche mit ihren Frauen die Kamele trieben, welche unsere Bagage trugen, und endlich 18 Soldaten, unter denen ich mich befand. Es war sehr heiß und mühsam schleppten wir uns durch den Sand. Wir vergingen vor Durst und hatten kein Wasser, denn unser Vorrat war schon längst alle. Schon seit gestern hatten wir keines mehr. An der Oase, an welcher wir unseren Vorrat erneuern sollten, war eben kein Tropfen Wasser mehr zu finden. Alles war ausgetrocknet. Plötzlich stürzte unser Führer, ein gewaltiger Araber, welcher ein wenig vorausgeritten war, zu unserem Kapitaine, indem er rief: Haja Sill Mohamed l'Sirocko, l'Sirocko (Beschütz uns Mohamed, der heiße Wind, der heiße Wind). Unser Kapitaine sagte, nun der Sirocko ist nicht so schlimm, daß du dich gleich der Verzweiflung übergibst. Der Araber antwortete nicht, sondern zeigte nur mit dem Finger nach Süden. Wir drehten unsere Köpfe und sahen mit Schrecken eine gewaltige Sandhose, welche mit rasender Schnelligkeit auf uns zu kam. Diese Sandhose schien bis in den Himmel zu ragen, war auf der Erde breit, in der mittleren Höhe viel dünner und schien oben den ganzen Himmel zu überspannen. Unsere Kamele hatten alle sich niedergelegt und waren keinen Schritt mehr weiter zu bringen. Die Beduinen machten ihr Gebet, riefen ihren Allah und Mohamed an, das Gesicht nach Osten gewandt, küßten die Erde, standen wieder auf, knieten wieder ....."

Von sonstigen im Garnisonlazarett zu M. verfaßten Niederschriften lasse ich zum Schlusse noch einige abschriftlich folgen:

„Eine Frage taucht mir seit einigen Tagen immer wieder auf. Sie ist: Hast du wirklich getan, was du geschrieben? Ist es Wahrheit oder Einbildung, ich bin im Zweifel, doch einerlei, deshalb wollte ich mir das Leben nicht nehmen. Seit Jahren hatte ich mich auf ein glückliches Wiedersehen gefreut und lebte nur noch in der Hoffnung, mit Vater und Brüdern vereint zu sein, mit ihnen zu leben, mit ihnen zu arbeiten. Zu diesem Sehnen kam noch ein starkes Heimweh. Nun zu Hause angekommen, wurde ich wieder von ihnen gerissen zum Dienst, ich wollte auch diesen noch tun, und kam mit dem besten Willen ins Regiment. Doch mein Wille allein half nicht, und da ich schon ziemlich steif bin, dazu mit meinem linken Bein das Marschieren nicht fertig brachte, wurde ich sehr schlecht behandelt von Seiten der Unteroffiziere ....."

Einige Verse aus langen von C. verfaßten Gedichten seien noch angeführt.

„Einst lebt ich zu Hause im Leichtsinn dahin
Mein Leben zu ändern, kam mir in den Sinn,
Drum ging ich nach Toulon, wohl an den Strand
Und ließ mich anwerben im fremden Land."

* * *

„Nun kehrt ich denn wieder zur Heimat zurück,
Ich träumte von Liebe, von Hoffnung und Glück,
Doch ach, zu Hause kaum angelangt,
Wurd ich schon wieder von da verbannt."

* * *

„Vater und Brüder hab ich wieder gesehn,
Jetzt kann für mich die Welt untergehn,
Denn längst ist verloren alles mein Glück,
Verlorene Zeit kehrt nie wieder zurück."

* * *

„Mein Glück ist verloren, meine Freude dahin,
Obwohl ich nicht klage und ergeben ich bin,
Meine Gesundheit zertrümmert, verschwunden die Kraft,
Mein Geist ist betrübet von finsterer Macht, usw."

* * *

„Ein Summen in den Ohren,
Ein Brausen so wild,
Du bist fürs Leiden geboren,
So heult mir der Wind.
Bald hör ich die Englein im Himmel,
Bald die Vöglein in der Luft,
Sie rufen mir immer:
Ruh' findest nur in der Gruft!"

Soweit die Auszüge aus den Niederschriften des C. Das vom Garnisonlazarett erstattete Gutachten enthält die Diagnose „Melancholie". Patient wurde exkulpiert und am 16. März 1907 der Anstalt E. zugeführt. Bei der Aufnahme war der Pat. zeitlich, örtlich und über seine Person genügend orientiert, besonnen, zeigte keine Gedächtnisschwäche. Über den Inhalt des Curriculum vitae (im Lazarett geschrieben) befragt, meinte er lächelnd, er könne kaum glauben, daß er das alles geschrieben habe. „Jedenfalls sind das alles Einbildungen gewesen."

Körperlicher Status ohne abnormen Befund.

Patient macht anscheinend zutreffende anamnestische Angaben, gibt seine zahlreichen Vorstrafen bis zur Auswanderung nach Frankreich ziemlich richtig an. Er ist starker Absinthtrinker und bezieht die Geistesstörung, die ihn in Deutschland befallen hat, auf den Klimawechsel in Verbindung mit der Einwirkung übermäßigen Alkoholgenusses.

Er war 6 Jahre alt, als seine Mutter starb. Vater lebt noch in M., ist geistesgesund. Zwei geistesgesunde Brüder leben in M. Er war faul in der Schule, erlernte das Friseurhandwerk, wohnte bis zum 18. Lebensjahre zu Hause. Dann ließ er sich nach Toulon anwerben. Seiner Erzählung nach erstach er nach elfmonatiger Dienstzeit einen Sergeanten im Affekt, wurde zum Tode verurteilt, dann zu 15 Jahren Zwangsarbeit begnadigt. Nach zwölfjähriger Arbeit in Algier in den „travaux publiques" brach ein „arabischer Aufruhr" los. Alle Teilnehmer an dem Feldzuge wurden begnadigt, so auch er. Er kehrte nach seiner Begnadigung nach M. zurück, um seine Angehörigen wiederzusehen. Er wurde dort zum Militärdienst eingezogen. Seine weiteren Schicksale schildert er wahrheitsgemäß. Seit Oktober vorigen Jahres hörte er Stimmen. „Die Stimme des Unteroffiziers, den ich erstochen habe. Er hält mir vor, daß ich ihn ermordet habe, daß ich seine Mutter ins Unglück gestürzt habe." Stimme ist nur nachts hörbar, kommt aus den Ecken des Zimmers. Seit drei Wochen die Stimme nicht gehört. Er sah auch „den ermordeten Unteroffizier, der kam immer und ging an mir vorbei, bedrohte mich".

Patient hält das für Phantasiebilder, für krankhaft. Es bestehen keine Verfolgungsideen. Äußere Haltung eine ruhige und geordnete. Es besteht keine Störung des Vorstellungsablaufes, keine Gedächtnisschwäche, keine Herabsetzung der Merkfähigkeit oder erheblicher Intelligenzdefekt. Der *Sioli*sche Fragebogen wurde im ganzen genügend richtig beantwortet. Die Stimmungslage ist eine leicht gedrückte. Seinen Selbstmordversuch am 28. November 1906 erklärt er mit der gedrückten Stimmung, die ihn befallen hatte, weil er den Anforderungen des Militärdienstes nicht mehr gewachsen war. Sein Leben sei verpfuscht, weil er den Mord in Toulon begangen habe, zum Militärdienst tauge er nicht mehr, „er wäre seines Lebens eben überdrüssig gewesen". Im Gefängnis wären dann die Stimmen und Gesichter aufgetreten. Das Verhalten während des Fluchtversuchs schildert er zutreffend.

Nach einigen Wochen Anstaltsaufenthalt schwand die gedrückte Stimmung bei dem Kranken. Sie wurde völlig normal. Patient zeigte Interesse für seine Umgebung und die Vorgänge in derselben, sprach die Hoffnung auf Entlassung aus der Anstalt nach dem Eintritte völliger Genesung aus und verhielt sich dauernd ruhig und geordnet. Schlaf und Appetit waren gut. Auf Aufforderung am 4. Mai 1907 schrieb er einen kurzen Lebenslauf, in welchem er außer der Ermordung des Unteroffiziers keine Lügen mehr produziert. Eine Schilderung seines Fluchtversuches aus dem Gefängnis in Tunis vom 10. März 1907 enthält gleichfalls nicht viel Unwahres. Halluzinationen hatte er nicht mehr. Er gab zu, die von ihm schriftlich beschriebenen Halluzinationen gehabt zu haben, hatte aber volles Verständnis für das Krankhafte derselben. Auf die Frage, wie er dazu gekommen sei, im Lazarett einen Lebenslauf zu schreiben, in welchem er sich so zahlreicher Morde beschuldigte, meint er, „er könne sich selbst nicht begreifen". Daß das alles nicht wahr sei, darüber ist er sich seit seiner Einlieferung in die Anstalt klar. „Er verstehe nicht, wie er sich das einbilden konnte." Nur an einer Idee hält er fest, er habe einen Unteroffizier in Toulon ermordet, sei zum Tode verurteilt usw. Alles andere sei Phantasie wie die Gesichts- und Gehörshalluzinationen.

Fall IV.

Anschließend an diesen Fall sei in Kürze ein ganz ähnlicher Krankheitsfall erwähnt, in welchem es sich gleichfalls um die Selbstbezichtigung des Mordes seitens eines vielfach vorbestraften Verbrechers handelt. Der 31 jährige Dekorationsmaler D. meldete sich bei der Staatsanwaltschaft in W. und erstattete gegen sich selbst die Anzeige, einen Ingenieur aus F., Herrn X., aus Eifersucht erschossen zu haben. Da sofort festgestellt wurde, daß seine Selbstbezichtigung jeglicher Begründung entbehrte, und die Zurechnungsfähigkeit des D. zweifelhaft erschien, so wurde seitens der Polizeibehörde die Überweisung des Schwindlers an das Städtische Krankenhaus und schließlich in hiesige Anstalt veranlaßt. Bei der Aufnahme in die Anstalt zeigte D. sich ruhig und geordnet. Er erzählte, daß er vor einigen Tagen einen Mord ausgeführt habe, gab an, tiefe Reue zu empfinden, und schilderte alle Einzelheiten der Tat, die Motive derselben und die Ereignisse der letzten Zeit. Als ihm entgegengehalten wurde, daß der angeblich Ermordete, wie soeben polizeilicherseits festgestellt sei, noch lebe, äußerte er lebhaftes Erstaunen und gab schließlich die Möglichkeit zu, daß er sich geirrt haben könne. Wie er auf diese Idee, einen Mord begangen zu haben, gekommen sei, war ihm rätselhaft. „Überhaupt stehe er sich selbst gegenüber vor einem Rätsel." Heredität: Bruder geisteskrank. 1877 geboren in B., besuchte Gymnasium bis Untertertia, erlernte dann das Malerhandwerk. Seit dem 16. Lebensjahr in jedem Jahr eine Vorstrafe erlitten. Wegen Unterschlagung, Urkundenfälschung, Diebstahls und Betrugs 1893 zu 4 Monaten, 1896 zu 2 Monaten

24 Tagen, 1898 zu 1 Jahr 3 Wochen Gefängnis verurteilt. Außerdem zahlreiche geringere Bestrafungen wegen Betrugs, Bettelns und Landstreicherei. Nach seiner Entlassung aus dem Gefängnis, Juli 1899, beging er eine Reihe von Schwindeleien und Betrügereien, die zur Bestrafung mit 6 Jahren 120 Tagen Zuchthaus führten. Er simulierte Epilepsie oder Schlaganfälle auf dem Bahnhof oder auf der Straße, ließ sich dann ins Krankenhaus verbringen und verpflegen, beschwindelte dort Ärzte und Geistliche, von denen er sich die letzte Ölung geben ließ usw. Den Geistlichen erzählte er die merkwürdigsten Geschichten, daß er zum Übertritt in die evangelische Kirche veranlaßt worden sei, und spielte mit großem Erfolg die Rolle des bekehrten Sünders. Den Ärzten machte er die verschiedensten und vor allem sehr genaue Angaben über schweren Morphinismus, an dem er litt usw. Auf die Eigenart dieser Lügen und Schwindeleien einzugehen, ist mir wegen Raummangels leider nicht möglich. Kurz erwähnt sei nur, daß die Polizeiakten, Verwaltungsakten in bezug auf Personalien, Lebensschicksale, erbliche Belastung usw. „die mannigfachsten und widerspruchsvollsten Angaben enthalten. Überall, wo er hinkam, hat D. gelogen. Daher ließ sich außer dem Strafregister und dem objektiven Tatbestand seiner Delikte wenig Positives feststellen, da Krankenhäuser, Anstalten, Behörden usw. in gleicher Weise von dem Kranken getäuscht worden sind und dauernd getäuscht werden. So wird er in einigen Akten als verheiratet und dann wieder als geschieden bezeichnet. Über erbliche Belastung finden wir gleichfalls in den ärztlichen Fragebogen die seltsamsten Angaben. Selbst der Beruf des Vaters, der Name der Mutter, Personalien der Verwandten usw. sind von D. ohne jeden ersichtlichen Anlaß häufig falsch angegeben worden. Ende März 1906 Entlassung aus dem Zuchthaus. Im nächsten Monat wieder bewußtlos „in einer Blutlache" schwimmend aufgefunden. Wieder Verbringung in ein Krankenhaus, wo er die Rolle des schweren Morphinisten usw. spielte. Im Juli finden wir ihn in der Irrenanstalt R., aus welcher Entlassung erfolgte, als die Schwindeleien entdeckt wurden. Im Bericht der Anstalt wieder die seltsamsten Lügen in betreff von Personalien, Eltern und Schicksalen des Kranken wiedergegeben. In hiesiger Anstalt zahlreiche Curricula vitae, Gedichte usw. produziert. Seine Schwester angeblich Oberschwester in X. Im Zusammenhang damit werden wieder massenhaft romanhafte Details erfunden. Äußere Haltung in hiesiger Anstalt dauernd eine geordnete. Intelligenz und Gedächtnis vorzüglich. D. liest und schreibt viel, zeitweilig geringgradige Stimmungsschwankungen. Das psychische Bild, das der Kranke bietet, entspricht dem Symptomenkomplex des degenerativen Irreseins. Nachstehend führe ich den am 11. Juni 1907 selbstgeschriebenen Lebenslauf des D. an, der seiner Form und dem Inhalt nach charakteristisch für derartige Produktionen der von mir beobachteten pathologischen Schwindler ist: „Daß ich am 16. Oktober 1877 zu B. als Sohn eines Beamten — ehelich — das Licht der Welt er-

blickte, meinen Stand, Religion usw. besagen meine Akten. Auch daß ich mehrfach mit dem Gerichte in Berührung kam und weswegen. Meine Jugend verlief sonnig und heiter und noch heute gedenke ich ihrer freudig mit stiller Wehmut. Schon sehr früh waren bei mir die Neigungen für Musik und Kunst entwickelt, und sehr frühe begann mein Vater mich in dieser Richtung hin ausbilden zu lassen. Ich lernte gut, und wenn ich auch gerade kein Musterknabe war, so trieb ich es doch auch nicht ärger als andere.

Daß allerdings das prekäre eheliche Leben meiner Eltern mir zu einer gewissen „Frühreife" verhalf —? Doch Summa, Summarum; ich kann nicht sagen, daß ich schlecht war, ebensowenig, daß ich gut handelte, denn schon sehr zeitig zeigte sich bei mir der Hang zu Vergnügungen und Genuß, deren Befriedigung auf realem Wege nicht immer ging und sich so bei mir ganz von selbst ergab, daß ich mit jedem nur erdenklichen Mittel das zu erreichen suchte, was mir zur Stillung meiner Leidenschaft verhalf. Ob und wie weit die Schuld dabei meine Eltern trifft, will ich nicht untersuchen. Jedenfalls sah und hörte ich viel, was nicht gerade veredelnd auf meinen Geist wirkte. An mir lag es ja freilich, der Stimme des Bösen kein Gehör zu geben. Bereits im Jahre 1893 wurde ich in B. zum erstenmal bestraft mit 4 Monaten Gefängnis wegen Unterschlagung und Urkundenfälschung. Dieser Strafe folgten dann nach Jahresfrist eine zweite, dritte usw. Nach Beendigung meiner Studien in C. 1896 begann ein ruheloses Umherwandern von Land zu Land, öfters unterbrochen durch kürzere und längere Strafen. Wenn ich mich heute frage, aus welchem Grunde dieses Ahasver-Dasein? Je ne sais. Gearbeitet habe ich immer und gern, doch nirgends lange. Warum? Nicht aus Hang zum Faulenzen, vielmehr ließ mich eine innere Unruhe nie lange an einem Orte verweilen. Mein ganze Vergangenheit steht in direktem Widerspruch mit dem Urteil derjenigen, die mit mir verkehrten. Ich war überall gern gelitten, man lobte meine Arbeitslust, meine Aufrichtigkeit ganz vor allem, und doch ist mein ganzes Leben eine einzige Kette von Lügen und Unredlichkeit der mannigfachsten Art. Heute, wo meine Vergangenheit klar vor meinen Augen vorüberzieht, begreife ich mich selbst nicht und suche vergeblich den Schlüssel zu meinem Verhalten. Nach meiner Entlassung von der Strafanstalt A. 1899 verfiel ich auf eine ganz neue Art von Hochstapelei. Ich simulierte Krankheiten, meistens Hämoptoe auch Meningitis, und betrog dann, ins Krankenhaus aufgenommen, auf ganz gemeine Art Geistliche und Private, die sich meiner aus Mitleid angenommen. Ungefähr so! An irgend einem belebten Orte, Bahnhof und dergl., fiel ich plötzlich unter den Symptomen eines Blutsturzes um, wurde dann ins Krankenhaus verbracht, spielte den Sterbenden und belog den mir in der letzten Stunde beistehenden kath. Priester, ich sei ursprünglich Katholik, aber durch Zureden der Protestanten zum evang. Glauben übergetreten. Dadurch hätte ich meine Stellung verloren und in solche bedrängte finanzielle Nöten geraten

Natürlich versprachen mir nun die kath. Geistlichen das Blaue vom Himmel herunter, wenn ich noch in letzter Stunde bereuen und wieder in den Schoß der alleinseligmachenden Kirche zurückkehren würde. Es liegt bei der Sache viel Humor. Die Herren hatten leicht zu versprechen, hatte ihnen doch der Arzt fest versichert, daß ich in wenigen Stunden nicht mehr unter den Lebenden weilen würde. Die Wahrheit ahnten sie ja nicht. Daß nachher meine angebliche Krankheit urplötzlich eine Wendung zum Besten nahm, schrieben sie der heiligen Maria zu und erfüllten dann auch ihre, mir in der Beichte gegebenen Versprechungen. Moralisch war das ja von mir eine große Niederträchtigkeit, so mit dem Allerheiligsten zu spielen, doch so ganz ohne Schuld waren die Priester in B. doch auch nicht. So ohne jede nähere Erkundigung über mich einzuziehen, ganz meinem gesellschaftlichen Schliff, guten Umgangsformen usw. vertrauend, mir durch Summen manchmal ganz beträchtlicher Art mein Dolce far niente zu unterstützen, ist doch gewiß auch nicht ganz einwandfrei. Doch ich will hier nicht die Haltung jener einer Kritik unterwerfen. Ich büßte meine Handlungsweise mit sechs Jahren Zuchthaus, die ich am 25. März 1906 erstand. Über meinen Aufenthalt in der Anstalt P. ließe sich noch bemerken, daß ich mich nur sehr schwer der Freiheitsentziehung fügte und dort auch eine ganze Reihe von Disziplinarstrafen wegen Widersetzung usw. erhielt. Nach meiner Entlassung arbeitete ich in verschiedenen Städten S....s, bis ich Ende April 1906 in A. an T. b. erkrankte und dort im Krankenhaus durch unvorsichtiges Gewähren von Morph. die bereits bei mir eingeschlummerte Leidenschaft geweckt wurde und derart ausartete, daß ich zur Entziehung nach R. verbracht wurde. Hatten die jahrelangen Entbehrungen meiner Haft meinen ohnehin heruntergekommenen Körper noch mehr geschwächt, so tat die wiederaufgeweckte Morph.-Leidenschaft das ihrige, meinem Korpus noch weiter herunter zu helfen. In R. wurde ich nicht nur körperlich wie auch moralisch wieder hergestellt und arbeitete nach meiner Entlassung in J. zur Zufriedenheit meines Chefs. Alles ging ganz gut, und selbst meine nächsten Angehörigen schöpften neue Hoffnung auf dauernde Besserung. Doch gar bald packte mich die alte Wanderlust, und ich zog, alles im Stich lassend, wieder hinaus in die Berge Th....s. Bis zum Herbst ging meine Wanderung, die ein jähes Ende in K. fand durch meine Verhaftung wegen Majestätsbeleidigung. Auf Grund des § 51 StGB. wurde jedoch das Verfahren gegen mich eingestellt, und am selben Abend noch lag ich in der med. Klinik in M. Ich war krank. Die Reaktion trat ein. Sexuell hatte ich in der voraufgehenden Periode sehr leichsinnig gelebt, daher meine Erkrankung, die schließlich in einer sechswöchentlichen Beobachtung in der psych. Klinik bei Geh. Rat Dr. N. endete.

Seit meiner Entlassung aus M. (22. Dezember 1906) arbeitete ich in F. unter sehr günstigen Verhältnissen. Mein psychisches Befinden besserte sich zugehends, ich gewann Freude an der Arbeit, verlobte mich

(März) und hegte die feste Hoffnung, daß ich nun einmal — nach vielen Stürmen den Hafen des Friedens gefunden hätte, — bis zum neuesten Falle.“ . . . .

Bei D. tritt ebenso wie bei C. die Neigung hervor, nicht nur zu dichten, sondern die erdichtete Rolle auch zu spielen. Allerdings ist bei ihm neben der Freude am Fabulieren eine gewisse Planmäßigkeit der betrügerischen Schwindeleien unverkennbar. Der Trieb zu zwecklosen Schwindeleien trat bei ihm übrigens in der Anstalt sehr charakteristisch hervor. D. nahm nämlich Vernehmungen geistig schwacher Kranken vor. Er nahm ein offizielles Protokoll auf, prüfte die hereditären Verhältnisse, führte die Anamnese an und ließ das Protokoll von dem Untersuchten unterzeichnen. Diese „Vernehmungen“ wußte er so gut zu verheimlichen, daß sie erst infolge der Beschwerde der Angehörigen der betreffenden Kranken herauskamen. Er spielte also die Rolle des Untersuchungsrichters. Das einzig erkennbare Motiv war dabei die Freude am Schwindeln. D. ist gleichfalls dichterisch beanlagt. Er hat einen flüssigen Stil. Sein gutes Gedächtnis befähigt ihn, überall, wo es angängig ist, Zitate anzubringen. Seine Darstellung, daß seine Neigung zur Lüge ihm selbst ein Rätsel sei, und daß er, während er lügt, fest an seine Lügen glaube, scheint zuzutreffen. Von seinen lügenhaften Erzählungen ist besonders die Schilderung der angeblichen Morphiumsucht zu erwähnen, weil derselben jeder Zweck fehlt. Die Selbstschilderung seines Seelenzustandes, die in der Krankengeschichte wörtlich wiedergegeben ist, bietet manches Interessante. Seine Darstellung in dem erwähnten Curriculum ist ein unentwirrbares Gemisch von Wahrheit und Dichtung. Gesteigertes Selbstbewußtsein tritt bei dem Kranken niemals in irgendwie störender Weise hervor. Er ist ebenso wie C. stets der Held seiner Dichtungen. Aber seiner Umgebung gegenüber ist er meist bescheiden und liebenswürdig. Beachtenswert ist seine Angabe, daß ihn Wanderlust und innere Unruhe fortgetrieben haben, wenn er sich einmal in geordneten Verhältnissen befand. Diese innere Unruhe hält er selbst für ein wichtiges Motiv seiner strafbaren Handlungen. Bei den übrigen Krankheitsfällen war ein derartiger Wandertrieb nicht sicher nachzuweisen.

Fall V.

Sehr charakteristisch ist der Fall der geisteskranken Schwindlerin E., welche von Herrn Oberarzt Dr. Resch begutachtet worden ist. Ich lasse den objektiven Befund im Auszuge aus dem Gutachten folgen:

„Die ledige E., 36 Jahre alt, evangelisch, Krankenpflegerin in W., ist während sechs Wochen in der Anstalt E. auf ihren Geisteszustand ärztlich beobachtet worden.

Die E. ist des Betrugs und der Urkundenfälschung angeklagt. Sie war wegen Versäumnis eines gerichtlichen Termins zu einer Geldstrafe verurteilt worden. E. erschien darauf am Gericht, wies ihre Ladung

vor, nach der sie nicht auf den 13. Oktober, sondern auf den 15. Oktober geladen war. Es wurde sofort festgestellt, daß die 13 in 15 umgeändert worden war. Bei späterer Vernehmung hat sie zugegeben, die Abänderung vorgenommen zu haben. Sie gab als Grund an, sie habe gefürchtet, sie müsse neben der Geldstrafe noch Gefängnisstrafe absitzen. Die Geldstrafe hat E. an die Gerichtskasse eingezahlt. Im Laufe der Untersuchung wurden Zweifel an ihrer geistigen Gesundheit rege, als sie angab, vor einiger Zeit einen Schlaganfall erlitten zu haben.

Auf ein Gutachten des Dr. G., der an E. eine Reihe krankhafter Züge feststellte, wurde sie zur genaueren Beobachtung der Anstalt E. überwiesen.

Über die Vorgeschichte der E. sind nur aus den Polizeiakten einige sichere Tatsachen bekannt. Sie ist geboren am 20. Juli 1871 zu W. als uneheliches Kind der J. S. A.

1891 hielt sie sich in H. auf, sie stand hier unter sittenpolizeilicher Aufsicht, nachdem sie selbst das Treiben gewerbsmäßiger Unzucht zugegeben hatte. Wegen Vergehens gegen § 360 des StGB. ist sie bestraft. Ende 1891 wurde sie im Krankenhaus zu H. als geschlechtskrank behandelt. Im Oktober 1892 zog sie in K. zu. Sie wurde polizeilich angemeldet als Heda v. B., geboren zu W., angeblich aus Sizilien kommend. Diese Angabe veranlaßte ihre polizeiliche Vernehmung, wobei sie sich als E. aus W. entpuppte. Sie gab sich aus als Büfettmädchen, Haushälterin, Sängerin, zuletzt ohne Stellung. 1896—97 ist sie in St. als Ladnerin eines Damenkonfektionsgeschäftes angemeldet. Nachteiliges wurde in St. nicht über sie bekannt. Durch Vernehmung des Referendars B. in St. wurde festgestellt, daß die E. dem Studenten B. die Haushaltung führte. B. gab damals an, E. sei die Tochter eines reichen Kaufmanns und sei geistig sehr gut entwickelt, so daß sie schon als Schriftstellerin gearbeitet habe. Sie sei auch Schulreiterin im Zirkus R. gewesen, auch auf der Bühne soll sie als Schauspielerin tätig gewesen sein. Sie habe auch in besseren Kreisen verkehrt, deren Namen vorläufig nicht genannt werden sollen. November 1897 zog sie in W. zu. Vor die Polizei geladen, gibt sie sich aus als Schriftstellerin E., Tochter des Kaufmanns E. Über das Verhalten der E. bei dieser Vernehmung wird berichtet: die p. E. befindet sich in einem hochgradig erregten Zustand, so daß eine ordnungsmäßige Vernehmung nicht möglich ist. Sie scheint an Größenwahn zu leiden. Sie erklärt, den W....ern, noch etwas zeigen zu wollen, sie will sich Equipagen halten und mit Vieren fahren. Sie fragt, warum die Polizei sich um sie kümmere, man solle in hohen Kreisen acht geben, da kommen noch viel mehr Ungehörigkeiten vor. Sie habe hinter die Kulissen gesehen usw. Sie redete sich so in Aufregung, daß nicht mehr mit ihr zu verhandeln war, und wurde daher entlassen.

E. kam bald in den Verdacht gewerbsmäßiger Unzucht, es erfolgte auch Anzeige gegen sie. In einem Brief an die Polizei gibt sie die Er-

klärung, sie treibe keinen unsittlichen Lebenswandel, sie werde von ihrem Bräutigam unterstützt, der für alles aufkomme. Auch beschäftige sie sich mit Schriftstellerei. Herrenbesuche empfange sie auf ausdrücklichen Wunsch ihres Bräutigams, es seien dessen Verwandte. Die Beobachtungen der Polizei haben tatsächlich ergeben, daß E. Prostitution trieb. Aus den Polizeiakten ist noch folgender Vorfall bemerkenswert: „Ein in W. zur Kur befindlicher Hauptmann aus D. E. zeigte bei der Polizei an, er werde seit zwei Tagen von einer Dame auf allen seinen Ausgängen, Vergnügungsorten verfolgt und belästigt, so daß er nicht mehr imstande sei, sich in gesellschaftlichen Kreisen zu bewegen. Die Dame war die E., sie folgte, als der Herr polizeiliche Hilfe im Kurgarten in Anspruch nahm, aufs Revier, wo sie angab: „Sie wohne in der B.straße, werde aber in drei Tagen eine eigene Wohnung im Hause Schw.straße sich einrichten. Sie stehe seit längerer Zeit mit dem Herrn in intimem Verkehr, er habe ihr schon eine größere Summe Geld gekostet. Das mache ihr aber nichts aus, denn sie werde von einem Herrn, welcher sich in Palästina aufhalte, unterhalten, an Geld fehle es ihr nicht. Sie werde auch in Zukunft den Herrn verfolgen; wenn sie bestraft werde, sei es ihr einerlei, sie wolle nur verhindern, daß der Herr noch andere Mädchen beschwindele.“ Wie diese Angelegenheit weiter verlaufen ist, ist aus den Akten nicht zu ersehen. Aus einem denunziatorischen Brief gegen die E. ist zu entnehmen, daß sie Prostitution weiter trieb. Sie soll als „Gräfin v. B.“ bekannt sein. Auf Befragen gibt die E. an, „Gräfin v. B.“ sei ihr früherer Bühnenname. Prostitution bestreitet sie.

Gelegentlich der jetzt schwebenden Untersuchungssache wurden die Personalien der E. im Widerspruch mit früheren Angaben polizeilich festgestellt: Hedwig E., Näherin, geboren zu B., Vater Major E. A. E. — Besuchte die höhere Töchterschule zu O.

E. erschien freiwillig zur Beobachtung in der Anstalt. Sie ist mit dem Zweck der Beobachtung bekannt. In die ärztlichen Anordnungen fügt sie sich ohne Schwierigkeiten und hat auch während der ganzen Dauer ihres Aufenthaltes sich den Verhältnissen anzupassen verstanden. Bei wiederholten ausführlichen Unterredungen wurde an der Hand der üblichen Fragebogen festgestellt, daß ihr Wissen, soweit es auf Schulkenntnissen und auf der Lebenserfahrung beruht, durchaus genügend ist. Die Fragen des *Sioli*schen Fragebogens z. B. beantwortet sie in der großen Mehrzahl richtig, ebenso andere der für Prüfung Schwachsinniger zusammengestellten Fragen. Desgleichen ist sie imstande, mit Leichtigkeit kleine Erzählungen wiederzugeben und den Witz einiger Anekdoten sofort herauszufinden und darzulegen. Bei einer Besprechung ihrer Straftat äußert E. völlige Einsichtslosigkeit. Sie vertritt die Ansicht, daß das Gericht gar kein Recht habe, sie weiter durch Fragen zu belästigen, nachdem sie einmal gesagt habe, daß sie die Tat begangen habe. Weder das Gericht noch die Polizei habe ihr Fragen nach ihrer Persönlich-

keit zu stellen. Das geht niemand was an. Da braucht sie nicht zu antworten und wird auch nicht antworten. Das Gericht weiß überhaupt nicht, was es will. Einmal schreiben sie Betrug, einmal Urkundenfälschung, sie wissen schließlich selbst nicht, was es ist. Den zwei jungen Herren, die am Gericht waren, hat sie einmal gründlich die Meinung gesagt. Ebenso habe sie dem Untersuchungsrichter gehörig die Meinung gesagt. Der fragt da so ein langes Larifari. Was gehen den Herrn meine Privatverhältnisse an! Ich habe mal ordentlich aufgetrumpft. Die ganze Geschichte, wegen der sie geladen ist, ist ihr über, sie will nichts davon wissen, da solle man sie doch auch in Ruhe lassen.

Es ist nicht möglich, E. zu einer objektiven Auffassung der Sachlage zu bringen. Die zuletzt an sie gestellte Frage, sie scheine sich keine Sorgen aus der Angelegenheit zu machen, beantwortet sie mit großem Selbstgefühl: „Gott bewahre, nein!"

Während der Beobachtung ist deutlich hervorgetreten, daß E. häufig von Stimmungswechsel befallen ist, in ihrem ganzen Wesen stark von Stimmungen abhängig ist. In der ersten Zeit ist sie vorwiegend sorglos, heiter, hat immer ein Lächeln. Später erscheint sie apathisch, bleibt gern im Bett liegen, ist auffallend unlustig, trieblos. Bei den Explorationen zeigt sich, daß diese Wechsel der Stimmung öfter auffallend rasch erfolgten. Morgens z. B. außerordentlich lebhaft, ständig redend und lachend, lebhaft gestikulierend und alle Äußerungen mit Bewegungen und Demonstrationen begleitend, ohne jede Rücksicht in ihren Äußerungen, mit der größten Leichtigkeit und Dreistigkeit über alles sich hinwegsetzend, ist sie einige Stunden später ganz umgekehrt, trieblos, gleichgültig, kaum zum Reden zu bringen. Während der Zeiten apathischen Verhaltens treten körperliche Klagen hervor: Lungenschmerzen, Klagen über Müdigkeit, Mattigkeit: „Ich kann sagen, ich fühl' mich selten im Jahr mal wohl, immer ein Müdigkeitsgefühl." Dann gibt sie auch an, ein Gefühl des „furchtbaren Verlassenseins zu haben, sie fühle sich direkt unglücklich". Sie sei am liebsten allein. Wie rasch aber diese Stimmungen wechseln, zeigt die Tatsache, daß E., nachdem sie eben derartige depressive Äußerungen gemacht hat, einige Minuten später ganz die gegenteilige Stimmungslage hat, die sie sehr lebhaft, vergnügt lachend vorbringt. Sie versichert: „Ein riesiges Sicherheitsgefühl hab' ich."

Weiter nach ihren Kenntnissen gefragt: „Ich kann sozusagen alles, alles was zum Frauenberuf gehört."

Was sie bei einer Gefahr tun würde? — „Da würde ich mit einer ganz großen Ruhe dastehen, ich schrecke vor nichts zurück."

In dieser gehobenen Stimmungslage gibt sie oft die extravagantesten Antworten, ist nur schwer dazu zu bringen, sich der Situation entsprechend zu verhalten. Alle ihre Antworten begleitet sie mit übermütigem Lächeln, es fehlt ihr jede Hemmung. Charakteristisch sind z. B. die Antworten:

Wozu sind Schutzleute da? — „Die wissen selbst nicht, warum (lacht), zum Schutz des Publikums; wenn sie schützen sollen, laufen sie weg."

Wozu sind Gerichte da? — „Zum Verurteilen, weiter tun sie nichts, erst verurteilen sie, und wenn die jungen Damen sechs Monate abgesessen haben, machen sie eine Badereise" (lacht).

Wird man wegen Lügen vor Gericht bestraft? — „Nein, die Menschen brauchen es ja nicht zu glauben."

Was haben Sie für Pflichten gegen Ihre Mitmenschen? — „Die laß' ich all' ruhig laufen, ich scher' mich nicht um keinen Teufel, gar keinen. Die sind einem schließlich doch ganz gleichgültig; ich hab' eine gute Stellung, wenn der Mann lostobt, schrei' ich, daß die Bäume wackeln, dann ist er still, das ist das beste Mittel, die anderen fangen an zu heulen."

Im Kontrast zu diesen übermütigen Antworten stehen die gleich darauf gegebenen:

Worin würden Sie Ihr Glück finden? — „Wenn ich ganz allein für mich sein kann, weil ich die Einsamkeit liebe."

Was würde Ihnen Vergnügen machen? — „Auch wenn ich allein wäre."

Bei den Befragungen tritt namentlich, soweit die Fragen persönliche Verhältnisse der E. berühren und nicht reine Wissensfragen sind, eine sehr merkwürdige Erscheinung zutage. Diese Erscheinung wird am besten demonstriert, indem die Mitteilungen der E., die sie bei den verschiedenen Gelegenheiten gemacht hat, möglichst genau wiedergegeben werden. Die Frage nach ihren Eltern produziert folgende Mitteilungen bei der ersten Befragung:

„Der Vater war Rittmeister in O., er hieß J. E. E., die Mutter war eine geborene A. Die Familienverhältnisse waren sehr unglückliche. Der Vater hat die Mutter erschossen und dann sich selbst durch Erschießen ums Leben gebracht, nachdem er zuvor noch seine Tochter (die E.) aufgehängt hatte. Über die Verhältnisse der Familie will sie sich weiter nicht auslassen, es berührt sie zu sehr. Zwei Brüder, die im Kadettenkorps erzogen wurden, haben sich ebenfalls erschossen. Sie selbst wurde in der Familie des Dr. W. in O., Leibarzt der Königin von G., erzogen, besuchte die Töchterschule und ein Pensionat in Bad P. Mit 15 Jahren nahm sie in H. eine Stellung als Kinderfräulein an. Später lernte sie in C. die Familie B. kennen. Der Sohn wollte damals Medizin studieren, entschloß sich aber dann in St., sich dem juristischen Studium zu widmen. Die Familie B. ist enorm reich. Sie wurde als Gesellschaftsdame der Frau B angestellt, fand aber eine Behandlung wie ein Kind des Hauses. Die alte Frau B. zog mit ihrem Sohn nach St. Die Familie bezog eine große Villa am C. Mit ein Grund, daß die Familie nach St. zog, war der Umstand, daß in E.-L. keine Einkommensteuer bestand. E. erzählt dann ausführlich,

wie die Familie B. ein reiches gesellschaftliches Leben führte, nennt eine Reihe Namen aus der St. Gesellschaft, z. B. Professor S., dessen imposante Persönlichkeit sie schildert usw. Überall war sie als der verwöhnte Liebling der Familie B. zugezogen. Sie konnte sich alles erlauben, jeder ihrer Launen wurde nachgegeben. Der junge B. war ihr erklärter Bräutigam. Er war stark in sie verliebt, es war aber nur eine rein platonische Liebe. Geheiratet hätte sie ihn nicht. Vor einem Mann, der ihr jeden Willen tut, kann sie keinen Respekt haben, sie wünscht sich einen Mann, der sie stramm in der Kandare hat. Die jungen Herren, die mit B. verkehrten, haben ihr oft Liebesanträge gemacht, sie blieb immer standhaft. Da viele darauf ausgingen, den jungen B., die reiche Partie, für ihre Schwester einzufangen, suchte man sie auf alle Weise von B. loszubringen, man suchte sie selbst zu verführen. Namentlich ein junger Staatsanwalt, ein schöner Mensch (lebhafte Schilderung), der tatsächlich Eindruck auf sie machte, war stark hinter ihr her. Es erregte die Eifersucht des jungen B. ganz besonders, als einmal der Zufall es wollte, daß in einem Hotel der Staatsanwalt ein Zimmer neben ihr hatte. B. machte ihr eine Eifersuchtsszene, sie redete sich auch in Eifer hinein und ließ das Wort fallen, ich habe als Frau nichts von dir. Heddy, da hast du die größte Dummheit in deinem Leben gemacht. Sie schildert dann hochdramatisch und in der zartesten Weise, wie es bei dieser Gelegenheit zum intimen Verkehr mit B. kam, wie sie dann nach genossener Liebe wie die ertappten Sünder weinend in den Zimmerecken standen. B. trifft keine Schuld, sie war die Verführerin. Am nächsten Tag packte sie ihre Sachen und verließ das Haus. Die alte B. ließ sie aber zurückkommen, es sollte in jeder Weise für sie gesorgt werden. Eines Tages merkte sie, daß B. im Kalender die Woche rot angestrichen hatte. Sie fragte den Rechtsanwalt F., einen Freund des Hauses, den sie nur den Onkel nannte, so vertraut war sie, was das bedeute. Der lachte und antwortete, man erwarte, daß Heddy ein Kindchen bekomme. Das Verhältnis zur Familie B. lockerte sich schließlich; von allen Seiten suchte man sie aus dem Wege zu schaffen. Sie löste das Verhältnis zu B. und zog nach W. Man wollte ihr eine Abfindung geben, sie wies sie aber von sich. Das war töricht von ihr. Später hatte sie eine Ausstattung für 10 Zimmer angenommen, als sie eine Pension einrichtete. Während ihres St. Aufenthalts ist sie auch als Zirkusschulreiterin aufgetreten im Zirkus S. Sie war von Jugend auf eine perfekte Reiterin, schon als Sechsjährige hatte sie ihr Pferd. Ihr Vater war passionierter Reiter, stets in der Manege; so oft ein Zirkus in O. war, verkehrte er stets darin. Mit dem Zirkus S. ist sie von St. aus weitergezogen, sie war in Moskau, Riga usw., überall auftretend. Die Familie B., der junge B. und die alte Dame zogen überall mit.

In St. hat sie viel veröffentlicht, in Zeitschriften, in illustrierten Frauenzeitungen, auch für die „Zukunft" hat sie Aufsätze geschrieben. Unter andern hat sie darin ihren eigenen Tod beschrieben, der Aufsatz

führte den Titel „Mein Tod". Sie war sehr befreundet mit der Tochter des o.... Ministers von J., einer Schulfreundin. Diese hatte in O. ein Liebesverhältnis mit einem Leutnant, mit dem sie sich unter anderm hinter Zigeunerwagen traf. Das Verhältnis hatte Folgen; Frl. v. J. verschwand für einige Zeit. Als sie zurückkehrte, wandte sich die Gesellschaft von ihr. Sie ergab sich darauf der Schriftstellerei. Das Buch: „Unsere lieben Leutnants" hat das Frl. v. J. als E. R. veröffentlicht. Der Kadett darin „bin ich". „Auch die Witze sind von mir." Der Erfolg dieses Buches veranlaßte sie selbst zu schreiben. da der Hauptinhalt desselben doch von ihr stammte. Ihr Vater, der Rittmeister, verkehrte viel mit dem Minister R., dem bekannten Spieler. Er war damals noch Assessor, es wurde aber damals schon stark gejeut, usw. Diese Angaben wiederholt E. bei verschiedenen Unterredungen in der gleichen Weise, natürlich nicht jedesmal den ganzen Zusammenhang, sondern je den einen oder andern Teil, der gerade in Frage kommt. Dabei variiert sie Einzelheiten, so rückt ihr Vater vom Rittmeister zum Major auf. Während sie früher die Abfindungssumme von sich weist, erhält sie diesmal 40 000 M. Sogleich schließt sie daran eine neue Erzählung. Dies Geld hat sie um eines Hauptmanns willen verausgabt, mit dem sie in W. ein Verhältnis hatte. Es war damals der einzige Mann, den ich wirklich geliebt habe. Einzelne Fragen veranlassen sie, auch sonst neue Geschichten zu erzählen. Bei einer Exploration gefragt, was sie tun würde, wenn sie jemand ins Wasser fallen sähe, antwortet sie, ich würde nicht nachspringen, lacht laut und fängt an zu erzählen: „Undank ist stets der Welt Lohn." Sie berichtet in weitschweifiger, ins einzelne gehender Art, wie sie eines Tages in schlechter Stimmung in die Berge lief, sich bessere Laune zu holen. Plötzlich sah sie in der Ferne einen Körper an einem Baum hängen. Als sie hinzukam, fand sie einen Erhängten, sie schnitt ihn sofort ab, brachte ihn wieder zu sich, stärkte ihn. Kaum fähig, sich wieder zu rühren, sprang der Mann auf und versetzte ihr eine Ohrfeige. Sie werde keinen mehr abschneiden.

Bei einer der letzten Unterredungen wurde der E. an der Hand der Akten vorgehalten, ihre sämtlichen Angaben seien unwahr, seien Schwindel, einfach gelogen. Der schärfste Vorhalt macht aber gar nicht den Eindruck, den man erwarten müßte. Als ihr direkt gesagt wird, sie sei keineswegs Majorstochter, sondern die uneheliche Tochter der S. A., scheint sie überrascht, momentan wie entsetzt über die Enthüllung und ruft dann aus: „Jetzt versteh' ich, warum immer die Streitigkeiten zu Hause waren, woher die unglücklichen Verhältnisse zwischen Vater und Mutter rührten." — W e r w a r d e n n I h r V a t e r? „Mein Vater war Großkaufmann in Bremen" — fängt sie neu an zu erzählen. Er habe sich jetzt zurückgezogen, lebe in Bad Ö. Sie habe lange keine Verbindung mit ihren Eltern gehabt, werde aber wieder brieflichen Verkehr anknüpfen. Möglicherweise sei ihr Vater nicht in Ö., sondern in N. Sie nehme das an, weil er hier früher Geschäfte betrieben habe, Tabakeinkäufe. Sie erzählt

weiter, daß sie die Mutter nie recht leiden konnte, dagegen zum Vater sich hingezogen fühlte. Sie sei nur selten zu Hause gewesen, viel in den Torfkeller gesperrt worden. Ihre Großmutter habe sie nur zweimal gesehen usw. Der Einwand, daß ihr Vater doch Major sei und sich erschossen habe, berührt sie kaum; ohne Verlegenheit berichtet sie, der Major sei nur ihr Onkel gewesen.

Durch scharfes Zureden und Einreden seitens zweier Ärzte gelingt es, in derselben Unterredung von E. das Zugeständnis zu erhalten, daß die ganze Erzählung mit der Familie B. sich auf die Tatsache reduziert, daß sie die Maitresse eines Studenten B. war. Die „alte Dame" hat sie nie kennen gelernt. Nur einmal habe sie dieselbe ohne deren Wissen in einer Restauration gesehen. Auch die ganze Zirkusreiterei ist nicht tatsächlich. Versuche, von E. ein Motiv, eine Erklärung für ihre Erzählungen zu erhalten, sind vergeblich. Wie wenig ihr Zugeständnis mit einem wirklichen Verständnis der Situation verbunden ist, zeigt sich sofort, indem E., durch einige Fragen abgelenkt, mit der größten Harmlosigkeit eine neue Geschichte zu produzieren beginnt: Eines Abends war sie in S. allein in ihrem Zimmer, als am Fenster geklopft wurde, zu ihrem Schreck sah sie einige Offiziere am Fenster, die einsteigen wollten — denken Sie! Ich bin doch keine Dirne! Sie hatte gerade ihr Seidenhündchen auf dem Schoß, an der Tür stand der große Hund. Sie rief das Dienstmädchen usw. (Folgt ein langer Roman.) Eine ganz sachliche Unterredung mit dem Arzt wird von E. hinterher dem Personal gegenüber zu folgendem Phantasiegebilde: Dr. N. stellte sich als Landsmann vor, da haben wir uns von O. erzählt. Er fragte mich, ob ich ihn kenne. Ach Ferdinand, sagte ich, das bist du! weißt du noch, als wir gespielt haben und ich dich allein an der großen Eiche stehen ließ.

Da fing er an zu lachen und sagte: ja, da haben wir gewohnt.

Dr. N. fragte mich: „Wissen Sie noch, wie Sie mich aus dem Misthaufen gezogen haben? der Mist ist mir aus Mund, Nase und Ohren gekommen." Er frug mich, warum ich nicht geheiratet hätte, da sagte ich: warum haben Sie denn nicht geheiratet? Er sagte: „Die ich liebte, die wollte mich nicht"; dann sagte ich: „Das Glück konnte ich noch nicht ergreifen." —

Über den Herrn, bei dem sie in letzter Zeit Krankenpflegerin ist oder sein will, erzählt E. dem Personal: „Bei dem Herrn, wo ich bin, kann keine sein als ich, weil der Herr so gemein ist. Seine Frau darf nicht zu ihm kommen, besonders wenn sie Geld haben will. Aber mir vertraut er alles an, sämtliches Geld geht durch meine Finger. Er will auch niemand lieber um sich haben, als nur mich. Ich erlaube mir auch alle Frechheit zu ihm. Auch schlafe ich bei ihm im Zimmer. Nur ist mein Bett mit einer spanischen Wand getrennt, ich muß sie aber abends immer zurückziehen, daß er mich sehen kann. Das Zimmer ist so heiß, daß ich infolgedessen keine Kleider trage, sondern stets in der Nachtjacke und Pump-

hose herumlaufe, auch wenn Besuch kommt, denn die Herren kennen mich ja alle usw."

Dem Arzt gegenüber erzählt sie, sie sei Krankenpflegerin bei Herrn W. Denken Sie, wie die Verhältnisse im Leben sich fügen. Der Herr W. ist der frühere Bursche meines Vaters. Er erkannte mich gleich, sagte zu seiner Frau: „Es ist noch immer die alte Heddy." Sie erzählt dann gelegentlich einer Frage nach ihrer Straftat: An dem Tag des Termins sei sie durch die Familie W. so in Anspruch genommen gewesen, daß sie den Termin vergessen habe. Es sollte Verlobung im Hause gefeiert werden. Der Bräutigam sollte eine große Geldsumme bei der Verlobung erhalten. Es war aber kein Geld vorhanden, der reiche Mann und kein bares Geld. Ich schickte gleich zum Bankier und ließ eine Aufstellung machen. Weiter erzählt sie, die Frau W. habe sie im Dogcart nach Schl. vorausgeschickt, um alle Vorbereitungen für die Gesellschaft zu treffen. Sie wartete dort stundenlang, es kam aber niemand usw.

Über den Herrn W. erzählt sie noch, er habe in der Lotterie eine große Summe gewonnen und sei dann durch Spekulationen zu seinem Vermögen gekommen. Er trinkt nur Sekt. Alles fürchtet sich vor ihm, nur sie vermag ihm zu imponieren. Manchmal wird er zudringlich, erreicht aber nichts. „Und wenn Sie mir 10 000 M. hinlegen, auch dann nicht." „Der Racker", meint darauf Herr W. Einige charakteristische Äußerungen, die E. auf der Abteilung gemacht hat, mögen noch angeführt werden.

Ich habe einem Herrn meine letzten 40 000 M. gegeben. Ich hätte schon sehr reiche Partien machen können, ich habe 60 000 M. geerbt, habe ein Verhältnis mit einem Schutzmann gehabt und diesem seine ganzen Schulden gedeckt. In ihrer Stellung bekommt sie als Trinkgeld nur 100 und 150 M. Früher hatte ich vier Dienstmädchen, ich trug immer sehr hübsche Kleider und habe eine tadellose Figur. Ich unterstütze zwei Brüder, die studieren.

In der Anstalt, wo ich als Pflegerin war, wurden die Kranken mit Gummischläuchen geschlagen. Jede Pflegerin hat einen im Gürtel hängen. Ich habe ein Buch geschrieben über Ehebruch, und ich habe glattweg den ersten Preis bekommen. Ich war verlobt mit einem Herrn v. L., ich wußte diesen Mann so zu fassen, daß er seine 7 Maitressen aufgab. Ich habe ein Pferd totgeschossen, weil ich nicht haben wollte, daß es fremde Leute bekommen. Um Menschen kann ich nicht weinen, aber um Tiere. Ich bin einmal in W. bei einem Hauptmann unter der Allee gesessen, gegenüber saß ein junges Fräulein. Die Vorübergehenden staunten, daß gerade ich bei dem Hauptmann saß.

Wann ich in W. über die Straße geh', kann ich mich kaum retten von Verehrern, so laufen mir die Herren nach, und da gehe ich ganz ehrbar über die Straße.

Die Beobachtung hat ergeben, daß E. deutlichem Stimmungswechsel unterworfen ist. Einmal ist sie merkwürdig sorglos, heiter gestimmt, dann wieder ist die Stimmung moros, fast gedrückt; sie ist dann gleichgültig, wenig gesprächig. Diese Stimmungen befallen sie ohne äußere Veranlassung und wechseln oft äußerst rasch. In ihren heiteren Stimmungen ist ihr Selbstgefühl ganz bedeutend gesteigert.

Aus der Vorgeschichte ergibt sich, daß E. schon vor Jahren dieselben psychischen Erscheinungen geboten hat, wie wir jetzt beobachtet haben. Schon 1898 macht ihr Benehmen den Polizeibeamten den Eindruck des Pathologischen. E. ist genau wie jetzt, völlig einsichtslos für die Situation, hochgradig gereizt und von maßlos gesteigertem Selbstgefühl. Eine geordnete, verständige Auseinandersetzung mit ihr ist ganz unmöglich. Sie äußert dabei Vorstellungen, die die Beamten zu dem Urteil veranlassen, sie leide an Größenwahn. Aus den Bekundungen des Referendars B. geht weiter hervor, daß E. damals dieselben phantastischen Geschichten über ihre Person produzierte. Die Angabe des Herrn B., daß sie Schriftstellerin sei, als Zirkusreiterin und Schauspielerin aufgetreten sei, daß sie in hohen Kreisen verkehrt habe, was aber vorläufig Geheimnis bleiben solle, sind weiter nichts als die Erzählungen der E. selbst, mit denen sie Glauben gefunden hat. Wenn sie bei einer Vernehmung angibt, von Bülow sei ihr Bühnenname, wenn sie in K. als „Gräfin Bülowff aus Warschau auf der Rückreise von Sizilien" angemeldet wird, so beweist auch das, daß sie schon zu jener Zeit genau die gleichen Symptome geboten hat. Das ist nicht anders zu erwarten, da es sich eben um einen dauernd bestehenden, auf angeborener psychopathischer Veranlagung beruhenden psychischen Zustand handelt.

Bei allen fünf Krankheitsfällen finden wir, daß der Hang zum Fabulieren ein unwiderstehlicher ist und anscheinend nicht durch Willensanstrengung unterdrückt werden kann. Im Rahmen der Gesundheitsbreite beobachtet man häufig das Vorkommen einer ausgeprägten Neigung zum „Luftschlösser bauen". Derartige Personen pflegen meist eine gut entwickelte Phantasie zu besitzen. Wenn sie irgendeinen Wunsch haben, so pflegt in ihrem Bewußtsein die Vorstellung der Erfüllung desselben aufzutauchen. Wenn ich das Gewünschte besäße, dann würde ich dieses oder jenes tun. An diese Vorstellung knüpfen sich Detailschilderungen der günstigen Lebensstellung und der veränderten Verhältnisse in der Familie. Die sich weiter daraus entwickelnden Situationen stehen den Betreffenden sehr deutlich vor Augen. Erfüllen sich die Wünsche nicht, dann wird die Enttäuschung meist sehr unangenehm empfunden. Das Unlustgefühl der Enttäuschung läßt in derart sanguinisch veranlagten

Naturen, wie man sie im Volke nennt, den festen Vorsatz entstehen, der Phantasie nicht wieder so die Zügel schießen zu lassen. Doch da zeigt sich ein seltsamer Umstand. Sie können nicht anders. Wohl ist die Ausmalung hoffnungsreicher Zukunft, das Bauen von Luftschlössern mit ausgesprochenem Lustgefühl verbunden. Dieses Lustgefühl ist aber nicht das wesentliche Moment, das zum „Bauen von Luftschlössern" führt. Das wesentliche ist ein unwiderstehlicher Zwang. Mir ist wiederholt gesagt worden, wenn ich, besonders bei jugendlichen Personen, in Bekanntenkreisen auf die nachfolgende Enttäuschung hinwies: „ich kann nicht anders; gegen meinen Willen muß ich immer wieder daran denken". „Ich werde ganz absorbiert von dem Gedanken, wie sich alles gestalten wird, wenn ich diese Stellung bekäme usw." Selbstverständlich vermag der geistig gesunde Mensch mit großer Willensanstrengung und durch Heranziehen hemmender Vorstellungen, vor allem durch das Heraufbeschwören der Unlustgefühle der eventuellen Enttäuschung das ungewollte Spiel der Phantasie zu unterdrücken. Aber es läßt sich nicht verkennen, daß die Produktion der sogenannten Luftschlösser auf der Überwertigkeit einer Gedankenreihe beruht. Das Spiel der Phantasie und der Impuls, sich „hineinzuträumen", erfolgt zwangmäßig und gegen den Willen des davon Betroffenen. Es ist ein ähnlicher Zwang, wie er der Produktion wertvoller Kunstschöpfungen begabter Menschen zugrunde liegt. Der Dichter muß schöpferisch tätig sein nicht nur, weil das „Schaffen" ihm Lustgefühle erzeugt, sondern auch, weil ein unwiderstehlicher Zwang ihn unter Umständen gegen seinen Willen dazu treibt. Dieser Impuls scheint mit innerer Unruhe verbunden zu sein. Ein Hindernis, das „dem Schaffen" entgegensteht, führt zu lebhaften Unlustgefühlen. Letztere entladen sich in der Norm, wie bekannt ist, in Affekten und sind sehr kenntlich an einer allgemeinen Reizbarkeit.

Analoge innere Vorgänge liegen den krankhaften Erdichtungen und Phantastereien der mit Pseudologia phantastica Behafteten zugrunde. Der zwangmäßige Impuls zum Dichten bei den anscheinend dichterisch veranlagten Kranken ist derselbe. Auch die Lust- und Unlustgefühle spielen eine ähnliche Rolle. Was ihnen fehlt, ist, wie mir scheint, erstens die Größe der Begabung, welche zu einer wirklichen Dichtung erforderlich ist, und zweitens die Fähigkeit, mit Aus-

dauer der geistigen Tätigkeit obzuliegen. Daß aber das Fabulieren für diese abnormen Schwindler ebenso Selbstzweck ist, wie die künstlerische Produktion für den Dichter, scheint mir sicher.

Noch in zweites Moment glaube ich bei Betrachtung der fünf Krankheitsfälle erwähnen zu müssen. Das ist die Beziehung des Fabulierens zu dem Handeln dieser Psychopathen. Der krankhafte Impuls, der zum Fabulieren drängt, ist verbunden mit dem Drange, die Rolle der erdichteten Person zu spielen. Der Dichter. wenn ich das Bild brauchen darf, will zugleich als Schauspieler auftreten. Dieser Impuls findet sich niemals bei dem normalen Künstler oder Dichter. Letzterer sieht die Gestalten seiner Phantasie greifbar vor sich (ich erinnere an den Romanschriftsteller Dickens), er gewinnt dieselben lieb und trennt sich sogar schweren Herzens von denselben. Es fehlt ihm aber auch die Andeutung des Impulses, im Leben selbst als eine seiner dichterischen Gestalten zu erscheinen. Der Impuls, die Rolle zu spielen, in die man sich hineinträumte, ist exquisit abnorm. Der normale Mensch trennt Dichtung und Handeln. Der Kranke dagegen handelt der Situation entsprechend, die er erdichtet hat. Daß dieser Impuls aber ebenso wie der vorerwähnte durch seine Unwiderstehlichkeit und Intensität gekennzeichnet ist, sieht man besonders bei B., C. und bei der E. Ohne jeden Vorteil sozusagen in ihr Unglück hineinrennend, spielen sie ihre Rollen. Sie spielen sie allerdings mit Freude und Lust. Nach der Erfahrung, die wir in der Norm des Fabulierens machen, möchte ich auch bei dem Impulse, eine bestimmte Rolle zu spielen, das Lustgefühl dabei weniger betonen, wie den unwiderstehlichen Zwang. Das Unlustgefühl, das mit der Unterdrückung des Triebes zum „Schauspielern" verbunden ist, mag doch die wichtigere Rolle beim Zustandekommen der krankhaften Handlung spielen. Besonders bei B. sieht man das deutlich. Er spielt dauernd sein ganzes Leben hindurch eine Rolle. Als Mäcen, der er so gern sein will, schauspielert er. Ebenso als der von Polizei und Jesuiten Verfolgte. Sein ganzes Benehmen bis in die Details hinein entspricht der Rolle der erträumten Figur. Bei A. und D. tritt das dagegen weniger oder gar nicht hervor.

Ein weiteres krankhaftes Moment, das wir bei keinem der fünf Krankheitsfälle vermissen, ist neben dem gesteigerten Selbstgefühl die egozentrische Richtung des Gedankenganges. Auch diese

Vorstellungen, die sich auf das eigne „Ich" beziehen, scheinen überwertig zu sein. Selbstgefühl hat auch der normale Dichter. Sehen wir ganz von dem zunächst ins Auge fallenden Umstande ab, daß der wahre Dichter mit Recht gesteigertes Selbstgefühl zeigt. Denn das richtige Bewußtsein seines wahren Wortes muß ihn seine Überlegenheit über den Durchschnittsmenschen erkennen lassen. Bei dem pathologischen Phantasten dagegen stehen Selbstbewußtsein und Leistung in lächerlichem Widerspruch. Die Unfähigkeit, diesen Widerspruch zu erkennen, beweist eine krankhafte Schwäche des Urteils. Aber, abgesehen davon, hat der normale Künstler oder Schriftsteller trotz des noch so gesteigerten Selbstbewußtseins niemals das Bestreben, sich zum Helden seines Dramas zu machen. Er steht sozusagen trotz der innigsten Teilnahme für die Persönlichkeit und die Schicksale der Kinder seiner Phantasie über der Situation. Er bleibt objektiv, er muß, wenn er schafft, sein „Ich" zurücktreten lassen und aufgehen in seiner Schöpfung. Er betrachtet die erdichteten Vorgänge und Gestalten sozusagen von einer hohen Warte herab. Nur so ist ein wirkliches „Schaffen" denkbar. In allen Fällen aber, die ich gesehen habe, sowie auch in den beschriebenen Krankengeschichten finden wir, daß der erdichtete Roman sich ausschließlich mit der eigenen Person des Kranken beschäftigt. Das „Ich" erfüllt das Bewußtsein derartig, daß die übrigen Phantasiegebilde als Statisten erscheinen. Held aller Romane und Erzählungen sind immer die Kranken selbst. Das Krankhafte dieser „Ichvorstellung" tritt im Gegensatz zu dem normalen Denken des wahren Dichters besonders scharf hervor. Zugleich ergibt sich auch klar, daß die Steigerung des Selbstbewußtseins nicht direkte Ursache des „Heldentums" unserer abnormen Lügner bildet. Man könnte sagen: Der abnorme Lügner und Schwindler kann an nichts anderes denken wie an sich. Er ist daher nicht nur Egoist im Leben überhaupt, wie das auch der wahre Dichter sein kann. Er ist ein krankhafter Egoist im Fabulieren.

Außer dem unwiderstehlichen Hang zum Fabulieren im Denken und Handeln zeigt uns die Durchsicht vorstehend geschilderter Krankheitsfälle eine Reihe von anderen Störungen der intellektuellen Funktionen, welche allen Fällen gemeinsam zu sein scheinen und vielleicht etwas Typisches haben. Zunächst ist auf die Herabsetzung der Merkfähigkeit hinzuweisen, welche uns in den Fällen B., D.

und E. entgegentritt. Nur auf diese Störung sind die vielfachen Widersprüche zurückzuführen, welche wir in den Angaben der Kranken finden. Besonders die E. wechselt mit einzelnen Details ihrer Darstellung auffallend häufig, ohne das zu bemerken. Innerhalb weniger Minuten machte B. z. B. widersprechende Angaben. Diese Form der Gedächtnisschwäche trägt sicher viel zu dem Zustandekommen der auffallenden Erinnerungsfälschungen bei. In den Fällen A. und C. war allerdings Herabsetzung der Merkfähigkeit nicht deutlich nachzuweisen.

Das Bestehen einer anderen Form von Gedächtnisstörung konnte dagegen bei keinem der beschriebenen Fälle wahrgenommen werden. Das Gedächtnis für weiter zurückliegende Ereignisse wie auch für die Vorgänge innerhalb der Anstalt selbst war nicht in gröberem Maße gestört. Allerdings hat man häufig den Eindruck, daß die Erinnerung der Kranken an ihre Straftaten nicht ganz klar ist. Sorgfältige Nachprüfung ergab aber in jedem Falle, daß die Erinnerung an Vorgänge, die zeitlich mit den unangenehmen Erlebnissen zusammenfallen, ungestört geblieben ist.

Die Kranken haben anscheinend Unlustgefühle bei Erwähnung ihrer Delikte und wollen an das Unangenehme nicht denken. Bei ihrer ausgesprochen psychogenen Veranlagung bedarf es daher tatsächlich einer gewissen Willensanstrengung zur Überwindung dieser Unlustgefühle. Zwingt man sie „sich darauf zu besinnen", so zeigt es sich, daß die zeitliche Einordnung der unangenehmen Erlebnisse in ihren Gedächtnisinhalt eine normale ist. Auch auf das Wesentliche können sie sich besinnen. Diese vielfach als Gedächtnisschwäche gedeutete Unlust, sich über bestimmte Dinge zu äußern, ist am besten als eine leichte psychogene Hemmung zu deuten. Die Hemmung ist wiederum die Folge einer seelischen Erregung, in welche „das Aufrühren dieser alten Geschichten, die niemanden was angehen," die Kranken versetzt. Was ich unter einer psychogenen Gebundenheit verstehe, habe ich in einem Aufsatz über das Zustandekommen der psychogenen Zustände („Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie", Band 65, 2. Heft) überhaupt erörtert.

Ein weiteres Symptom, das wir in allen fünf Krankheitsfällen bemerken, ist eine Schwäche des Urteils, welche mir in bestimmter Weise charakterisiert erscheint. Das Urteil ist im allgemeinen zureichend. Der Gedankengang ist folgerichtig. Die sprachlichen und

schriftlichen Äußerungen sind klar und logisch. Die Kranken sind imstande, gegebene Situationen völlig richtig zu beurteilen; auch vermögen sie in den meisten Fällen die Wahrscheinlichkeit oder die Unwahrscheinlichkeit ihrer lügenhaften Angaben zu erkennen. In den Fällen A., B., C. und D. sehen wir das Bestreben, solange es irgendwie möglich ist, den Boden des „Möglichen" in ihren Dichtungen nicht zu verlassen. Erst bei längeren Ausführungen wird die Kritik geringer, und die Phantasie geht sozusagen mit ihnen durch. Um den Grad des Urteils der Kranken zu erkennen, müssen wir uns vorstellen, wie ein normaler Mensch, der lügt, z. B. Notlügen vorbringt, sich verhalten würde. Die Einzelheiten der Dichtungen sind möglich. Auch ein normaler Mensch würde sie vorbringen, wenn seine Charakterveranlagung und gewisse Umstände ihn dazu veranlassen würden. Was den normalen Lügner aber abschrecken würde und den Zuhörer zu einer Kritik herausfordert, ist die Häufung der Abenteuer. Wenn A. von seinen Autofahrten erzählt, so fällt dem kritischen Zuhörer zunächst nichts auf. Wenn er aber Abenteuer an Abenteuer reiht, schließlich zu Tötungen gelangt, so wird das der Kritik des Gesunden verdächtig erscheinen. Wenn B. über eine Reise berichtet, so erscheint das zunächst glaubhaft. Die Steigerung der Abenteuer und ihre Häufung frappiert den objektiven Kritiker. Der normale Verstand wird stets im Auge behalten, daß der Zuhörer Kritik übt. Das Empfinden kritisiert zu werden, wird ihn von der Lüge zurückhalten. Das ist aber dem pathologischen Schwindler völlig gleichgültig. Wenn man der E. zehnmal nachweist, daß ihre Rede Lüge war, so wird sie mit verblüffender Sicherheit zur elften Lüge ausholen. Die Lüge eines anderen dagegen durchschaut sie mit scharfem Urteil. Ihr Urteil ist aber getrübt, sobald sie selbst lügt. Es fehlt ihr dann ebensosehr die Kritik des „eigen Ichs" wie die Kritik des Zuhörers. Sie denkt, wenn ich mich so ausdrücken darf, in diesem Moment nicht so weit wie der normale Lügner. Weiterhin ist folgendes Moment von psychologischem Interesse bei dem pathologischen Lügner. Die Fälle A., B., C., D. und besonders E. haben durchaus Empfinden für die Ehre und Achtung, die ihnen gebührt. Verächtliche Behandlung oder auch nur Mißachtung im Wesen werden sofort und sehr schwer empfunden. Bei B., C. und besonders der E. tritt sofort heftige Erregung, Zornaffekt mit nachfolgender Depression ein. Jeder normale Mensch, auch

der Lügner, muß naturgemäß Unlustgefühle haben bei dem Gedanken, auf derartigen Lügen ertappt zu werden. Das Gefühl, in der Achtung des Zuhörers, der die Unwahrheiten durchschaut, zu sinken, fehlt aber unseren Kranken völlig. Während sie sonst sorgfältig darauf achten, sich durch ihr Verhalten nicht verächtlich zu machen, zeigen sie eine auffallende Indolenz, wenn sie auf ihren Lügen ertappt werden. Sie denken offenbar nicht daran, daß man sie durchschauen könne. Jedenfalls fehlt diesem ethischen Urteil jede Gefühlsbetonung. Niemand kann in größere Erregung geraten als B. oder D., wenn man sie als Lügner bezeichnet. Nichtsdestoweniger besitzen sie „eine absolute Wurstigkeit" der Aufdeckung ihrer Lügen gegenüber. Eine weitere Trübung des Urteils fällt dem Beobachter bei unseren Kranken auf. Wird ihnen eine Lüge nachgewiesen, so umgehen sie in einer seltsamen Art den Kernpunkt der Frage. Ihre Antworten treffen nicht die Sache selbst, sondern nebensächliche Momente. Der kritische Beobachter empfindet diese ausweichenden Redensarten als töricht. Der normale Lügner wird, wenn die Lüge ihm klipp und klar nachgewiesen ist, schweigen und zugeben. Der pathologische Lügner widerspricht in einer Art, daß das objektive Urteil den Eindruck des Einsichtslosen hat. Man hat das Empfinden, daß er nicht begreifen, einsehen kann. Ich habe stets das Gefühl bei solchen Kolloquien gehabt, als antwortete der sonst so intelligente Mensch blind drauf los. Ich fragte mich stets, was macht ihn in diesem Augenblick blind? In meinem Gutachten B. habe ich versucht, einzelne Momente, in denen mir eine Urteilstrübung des Kranken hervorzugehen schien, zusammenzustellen. Ich gebe diesen Passus aus meinem Gutachten hier wörtlich wieder:

„Die Urteilsschwäche (richtiger Urteilstrübung) des Kranken zeigt sich

1. in seiner völligen Einsichtslosigkeit in bezug auf die zu seiner Verhaftung, zur Einlieferung in die Anstalt führenden und alle diejenigen Vorgänge seines abenteuerlichen Lebens, die schon bei oberflächlicher Überlegung als unsinnig und verschroben beurteilt werden müssen.

2. Tritt dieselbe in zahlreichen Äußerungen des Kranken in der Anstalt, in den Widersprüchen und den äußerst törichten Einwänden, die er zur Begründung seiner Behauptungen anzuführen pflegte, hervor. Z. B.: a) Es wird ihm nachgewiesen, daß der Graf X. ein Kind seiner Phantasie ist. Antwort: „Aber ich habe doch mit Russen verkehrt."

b) Zur Erklärung des Motives, aus welchem er seine Weltreise erfunden hat, gibt er an: „Sie glauben nicht, was man alles im Gefängnis denkt."

c) Auf die Vorhaltung seiner erwiesenen M.. er Zechprellereien antwortet er einfach: „Ich bin kein Zechpreller, alles ist gelogen." Auf die Schulden verwiesen, die er in F. zwecks Ausführung seiner unsinnigen Projekte gemacht hatte, sagt er einfach: „Ich habe keine Schulden." Er gibt zu, Holz usw. gekauft und nicht bezahlt zu haben, und bleibt doch einsichtslos dabei, nicht einen Pfennig Schulden zu haben.

d) Als Beweis führt er an, daß man in seiner Familie das Schulden machen nicht kennt.

e) Bei der Diskussion über seine Ehescheidungsaffäre gibt er Ehebruch zu, bestreitet ihn sogleich darauf wieder, weil er nicht Vater des Kindes sein will, gibt bei der nächsten Antwort wieder zu, einmal mit dem in Frage kommenden Mädchen verkehrt zu haben usw.

f) Nachdem ihm sein unsittliches Verhalten vorgehalten worden, produziert er eine umfangreiche Tirade zur Erklärung seiner angeblichen Sittlichkeit, führt dieselbe auf das glückliche Eheleben im elterlichen Hause zurück.

g) In derselben Weise erklärt er auch die gute sittliche Haltung seiner Schwestern, trotzdem er über den illegitimen Kinderreichtum derselben bereits Mitteilung gemacht hat.

h) Er soll den Verleger eines seiner Werke nennen und beruft sich auf das Kaiserliche Hofmarschallamt usw., das Auskunft über sein Werk geben könnte.

3. Ist Urteilstrübung in der ganzen Lebensführung, in den unsinnigen Projekten, in der Planlosigkeit der sogenannten Geschäfte des Kranken, ersichtlich.

Z. B.: a) In M. verschwindet er aus einem Hotel, in dem er eine Zeitlang gewohnt hat, ohne zu zahlen. In seiner neuen Wohnung gibt er die Adresse des Hotels an, mit der schwindelhaften Mitteilung, dort noch Gepäck liegen zu haben. Seine Zimmervermieterin stellte sofort den Tatbestand fest und setzte ihn an die Luft.

b) Ebenso urteilslos ist sein Pumpversuch bei einem Herrn G., den er in einem M.... er Restaurant kennen lernt. Er ersucht ihn, ihm 500 M. zu leihen, geht dann auf 200 M. herunter und begnügt sich schließlich mit 2 M. Von Raffiniertheit und gesunder Überlegung der naheliegenden Konsequenzen seines törichten Handelns kann keine Rede sein.

c) Auch seine unsinnigen Geschäftsunternehmungen, das E.... er Verlagsgeschäft z. B., sind so wenig überlegt. Die Schwindeleien in B. und anderen Orten sind so plump angelegt, daß sie sofort aufgedeckt werden mußten. Er engagiert einen Kassenboten,

bald darauf einen zweiten, ohne Beschäftigung für sie zu haben, und hebt umgehend ihre Sparkassenbücher ab. Die Entdeckung mußte der Tat ja auf dem Fuße folgen.

d) Der B.... er Gewehrschwindel beweist ebenso, wie die meisten übrigen Straftaten, wie wenig der Kranke imstande war, die Momente vorauszusehen, die unweigerlich zur Aufdeckung des Betrugs führen mußten."

Genau dieselbe Beobachtung machen wir bei den anderen Krankheitsfällen. E. äußert z. B. die Anschauung, „man habe überhaupt nicht nach ihrer Persönlichkeit, ihrer Vergangenheit zu fragen, auch vor Gericht nicht, das gehe niemanden was an." Durch diese Auffassung schadete sie sich sehr, besonders, da ihr Benehmen vor Gericht ein dementsprechend ungebührliches war. Das einzusehen, dazu ist sie aber nicht zu bringen. So wirkte auch auf C. der Umstand, daß seine Mordtaten nach aktenmäßiger Feststellung nur Erfindungen sein konnten, nicht überzeugend auf ihn.

Wir müßten nun erwarten, daß wenigstens bei einem der von mir beobachteten Krankheitsfälle eine Einengung des geistigen Gesichtsfeldes bestehe. Dem ist aber nicht so. Der Vorstellungskreis der Kranken ist sogar ein recht weiter. Die sorgfältigste Prüfung ergab keinen Defekt in dieser Beziehung. Die *Sioli*schen Fragebogen wurden gut beantwortet. Der Kreis der Interessen ist im Gegenteil ein weiterer, als man ihn sonst bei Leuten findet, denen jede Bildung und Erziehung fehlt. Ihre Auffassung ist vorzüglich, ist erheblich besser wie beim Durchschnittsmenschen. Es wird sicher wenige geben, die sich so wenig durch Einwände verblüffen lassen. Ihre Schlagfertigkeit, die Flüssigkeit ihres Stils in mündlicher und in schriftlicher Beziehung übersteigt erheblich die Norm. B. z. B. ist ein Mann, der trotz seiner geringen Schulkenntnisse einen reichen Interessenkreis besitzt und sich auf verschiedenen Wissensgebieten auch unstreitbar Kenntnisse erworben hat. Er beschäftigt sich in der Anstalt dauernd mit anregender Lektüre, verarbeitet auch das Gelesene. Er macht Notizen aus kunsthistorischen Werken. Auch die übrigen Kranken zeigen, daß sie manches gelesen haben, sich zufolge ihrer geistigen Beweglichkeit stets mit vielen, so auch politischen Fragen beschäftigt haben, die durchaus über dem Niveau ihres Bildungsgrades liegen. A. hat ebenso wie C. und D. so gut wie gar keine Schulbildung genossen.

Wenn man Briefe anderer ungebildeter Personen mit den schriftlichen Expektorationen unserer fünf Krankheitsfälle vergleicht, so läßt sich nicht bestreiten, daß der Intellekt der Kranken über dem Durchschnitt liegt. B. hat allerdings die Vorschule zum Seminar besucht. Alle anderen Kranken nur die Volksschule. Infolge ihrer geistigen Überlegenheit imponieren die Kranken auch den Personen geringerer Bildung. In der Anstalt wissen sie sich beim Personal und bei den Mitkranken bald in Ansehen zu setzen. Ihr Selbstbewußtsein erscheint ihrer Umgebung mit Recht begründet. Sie sind eben klüger wie die anderen. A. wurde beispielsweise in der Korbflechterei beschäftigt. Er war bald gewandter wie der Wärter, der das Handwerk erlernt hatte. Alles, was er leistete, war tadellos. Er denkt bei der Arbeit und versteht dieselbe zu organisieren. Dabei bleibt er bescheiden und fügt sich dem geistig ihm nicht gleichwertigen Wärter. Die suggestive Wirkung, die B. auf den Gemeindevorstand in F. geltend zu machen wußte, findet ihre Erklärung nur durch seine geistige Superiorität. Er imponiert ihnen auch nach seiner Entlarvung noch. Die betreffenden von ihm betrogenen und dupierten Personen besuchten ihn hier. Aus ihrem ganzen Wesen war ersichtlich, daß sie ihn wieder hochschätzten. Achtungsvoll nahmen sie seine Ratschläge in Empfang. Man hatte den Eindruck, daß sie sich, wenn er wieder käme, zum zweitenmal dupieren lassen würden. Allerdings ist das Auftreten und das ganze Benehmen der Kranken ungemein Vertrauen erweckend. Der ehrliche, offene Blick, die ganze biedere Art sich zu geben, alles macht, wenn ich den Ausdruck gebrauchen darf, einen so normalen Eindruck. Niemals Redseligkeit oder gar Geschwätzigkeit. Fragen werden kurz und sachlich beantwortet. Die E. antwortet auf die Frage: Lebt Ihr Vater? „Nein." Woran ist er gestorben? „Er hat sich erschossen." Es fällt ihr nicht ein, mit ihren Schwindeleien anzufangen, solange sie kein Interesse vermutet. Nie erzählen die Kranken ungefragt oder auf einfache Fragen hin ihre Dichtungen. Erst als die E. vertraut mit dem Arzte geworden war, packte sie aus; ebenso B. Allerdings sind auch die kurzen Antworten bereits Lügen. Aber gerade diese Eigenart, das Fehlen jeder Aufdringlichkeit und jeder Exaltiertheit bei Betätigung ihres Triebes zum Fabulieren erwecken den Eindruck des „Normalen".

Wir haben also eine eigenartige Trübung des Urteils bei unseren

Kranken festgestellt. Eine Urteilsschwäche, eine mangelhafte Entwicklung der Begriffs- und Urteilsbildung aber fehlt.

Es sind Personen, deren Intellekt das Niveau des Durchschnitts erreicht, vielleicht sogar mehr oder weniger überschreitet. Ihr Urteil ist klar und scharf, aber nur soweit die eigene Person nicht in Betracht kommt. Sie haben eine Situation z. B. völlig zutreffend beurteilt. Jetzt kommen sie selbst in die Lage, die sie in Beziehung auf dritte Personen mit Verständnis erfassen, da versagen sie mit einem Mal. Sobald ihr „Ich" in Frage kommt, werden sie blind. Sie verstehen keine Einwände mehr. Sie erfassen nicht mehr den Kernpunkt. Kommen sie in die Lage zu handeln, so begehen sie Straftaten, deren Folgen sie klar zu übersehen imstande sind. Warum sie im Moment der Tat ihr Handeln nicht der erforderlichen Kritik unterziehen, scheint mir aus den psychologischen Momenten hervorzugehen, die bei der Besprechung der pathologischen Lüge erörtert wurden. Es ist das krankhafte Fehlen jeder Selbstkritik in Verbindung mit einer abnormen egozentrischen Gedankenrichtung, welche das in anderen Fällen scharfe Urteil der Kranken trüben. Zugleich sind die Impulse, die vorher besprochen wurden, so intensiv, daß es wahrscheinlich gar nicht zu den assoziativen Vorgängen der Urteilsbildung im gegebenen Falle kommt. Wie eine Flutwelle überfluten die krankhaften Antriebe bei Fehlen der Selbstkritik das Bewußtsein. Nur das „Ich", das die Triebfeder der Handlungen bildet, bleibt die beherrschende Vorstellung. So kommt vermutlich die seltsame Urteilstrübung zustande, die bei dem sonst normalen Intellekt der Kranken in anderer Weise nicht leicht zu erklären wäre.

Die Stimmung der Kranken zeigt gleichfalls Anomalien, welche in mancher Beziehung kennzeichnend sind. Wir finden eine auffallende Reaktion der affektiven Sphäre auf äußere, als psychische Traumen einwirkende Anlässe. Und zwar zeigt sich bei A. Neigung zu Depression infolge der schädlichen psychischen Einflüsse, welche die Haft und der Eintritt in den Militärdienst mit sich brachten. Er machte Selbstmordversuche. Auch in der Anstalt trat nach der Enttäuschung, die ihm die Aufklärung seiner Lügen und die nicht sehr angenehmen Vernehmungen des Arztes bereiteten, traurige Verstimmung ein. Auch Vergiftungsideen, die Neigung zu Beschuldigungen des Personals machten sich bemerkbar. Das psychogene Moment war aber im ganzen

Verhalten des Kranken unverkennbar. Bei B. sind Depressionen wiederholt beobachtet. Stets ging aber ein heftiger Affekt im Anschluß an irgendwelche Erregungen voraus. Bei C. und D. finden wir gleichfalls auffallende Verstimmungen. Bei C. trat der ganze Symptomenkomplex der Pseudologia im Anschluß an eine tiefe Depression auf. Auch bei C. ebenso wie bei A. und B. standen Selbstmordgedanken einige Zeit hindurch im Vordergrunde. Aus seiner Selbstschilderung geht die gedrückte Stimmungslage sehr deutlich hervor. Auch der ängstliche Gesichtsausdruck des Kranken wird in der Krankengeschichte des Militärlazaretts erwähnt. Die anscheinend sehr lebhaften Halluzinationen des C. sind als psychogen sehr deutlich charakterisiert. Bei der E. finden wir eine ganz auffallende Stimmungslabilität. Sehr deutlich war bei ihr die Einflußbarkeit der krankhaften Verstimmungen durch äußere seelische Eindrücke. Eine mehr heitere Stimmungslage trat weniger hervor. Jedenfalls konnte niemals von einer hypomanischen Stimmungslage gesprochen werden. Redseligkeit, Ideenflucht usw. kam niemals auch nur andeutungsweise vor. Affektneigung war bei B., C. und E. sehr ausgesprochen. Die Neigung zu Affekten trägt, wie ich noch kurz bemerken will, wesentlich dazu bei, das Urteil der Kranken zu trüben. Blind vor Zorn, wie man volkstümlich zu sagen pflegt, werden B., C., D. und E. Das Gefühl, beeinträchtigt zu sein, veranlaßt besonders den B. zu den rücksichtslosesten Beschuldigungen. Jeder Einwand prallt dann an der überwertigen Vorstellung „Beleidigt zu sein" ab. Während der Dauer des Affektes sind seine Verfolgungsideen, die sich gegen Polizei und Jesuiten richten, unkorrigierbar.

Erblich belastet waren die meisten mit Pseudologia behafteten Kranken.

Fall 1. Mutter: nervenkrank. Großvater: Gehirnerweichung. Onkel: Suicid. Bruder: schwachsinnig.

Fall 2. Großvater an Potus zugrunde gegangen. Vater und Großvater: Dichter wie B. Schwestern: hochgradig hysterisch, ähnlich veranlagt wie B., zahlreiche uneheliche Geburten.

Fall 3. Vater: Potator. Mutter starb an Krämpfen.

Fall 4. Bruder: geisteskrank.

Fall 5. Anamnese nicht zu erhalten.

In anderen Fällen von Pseudologia sah ich außerordentlich schwere Belastung. So waren bei F., dessen Krankengeschichte ich noch kurz erwähnen will, fast alle Familienmitglieder geisteskrank und kriminell. Die weiblichen Abkömmlinge meist Prostituierte.

Psychopathische Züge, wie wir sie bei Entarteten finden, sind bei allen von mir beobachteten Krankheitsfällen von Pseudologia nachzuweisen. Alle diese Kranken sind von Jugend auf faul und unfähig zu dauernder Arbeit. Ihre Unstetigkeit macht sich auch in ihrem Wandertrieb bemerkbar. Sie vertragen keinen Tadel und können daher in keiner subordinierten Stellung existieren. Sich aber zu einer selbständigen Stellung emporzuarbeiten fehlt ihnen Ausdauer, Stetigkeit und Zuverlässigkeit. So unzuverlässig und unwandelbar wie in ihrem Denken sind sie in ihrem Handeln. Daher gelingt es keinem der geschilderten Kranken, ein Handwerk zu erlernen, trotzdem ihre Begabung völlig ausreicht. A., C., D., und E. haben nichts gelernt, trotzdem sie in der Lehre waren. B. vermochte nicht einmal die Vorschule zum Lehrerseminar zu beendigen trotz seiner hervorragenden Begabung. E. prostituierte sich früh. C. litt als Knabe an somnambulen Zuständen. Kriminell werden sie früh. Bei der E. tritt die Prostitution an Stelle der Kriminalität. In ihren sonstigen Charaktereigenschaften erkennen wir Anzeichen der Entartung.

Das Krankheitsbild, das wir vorstehend gezeichnet haben, zeigt in seinem Mittelpunkt den Trieb zum Dichten und zum Spielen der erträumten Heldenrolle. Die Kranken sind Dichter, die infolge bestimmter Defekte unfähig zum „Schaffen" sind. Im Zusammenhang mit ihrer seltsamen krankhaften Veranlagung zeigen sie eine Trübung des Urteils und eine Form der Gedächtnisstörung, welche mir besonders charakteristisch erscheinen. Um dieses Krankheitsbild gruppieren sich gewisse gleichfalls mir typisch scheinende Stimmungsanomalien und gewisse Charakterzüge, welche das Leben der Kranken so gleichartig gestalten. Es sind das vor allen Unstetigkeit und seelische Reizbarkeit. Das ganze Krankheitsbild erwächst auf dem Boden der Entartung.

Differential-diagnostisch grenzt sich der geschilderte Symptomenkomplex, den uns die fünf erwähnten Kranken bieten, mehr oder weniger scharf von ähnlichen Krankheitsbildern und der Norm ab.

Zunächst wäre die Unterscheidung von der normalen Lüge und dem geistesgesunden Schwindler zu erörtern. Den Hauptwert lege ich auf den Nachweis der Stimmungsanomalien und der sonstigen psychopathischen Züge. Der pathologische Schwindel an sich zeigt aber abgesehen von der charakteristischen Urteilstrübung und der Gedächtnisstörung bestimmte Unterscheidungsmerkmale. Er ist häufig zwecklos und läßt jedes normale Motiv vermissen. Jn den meisten Fällen läßt sich weiterhin die Unfähigkeit, Wahrheit und Lüge zu unterscheiden, wie die Unwiderstehlichkeit der Impulse zum Lügen und „Schauspielern" nachweisen. Der normale Lügner von gleicher Urteilskraft pflegt zu schweigen, wenn ihm die Unwahrheit seiner Behauptung unumstößlich sicher bewiesen worden ist. Der normale Lügner wird stets erkennen, daß ihm Unwahrscheinlichkeiten nicht mehr von dem Zuhörer geglaubt werden. Er wird, mit anderen Worten gesagt, zu einem bestimmten Grade von Selbstkritik und zu einem entsprechenden Verständnis der kritischen Betrachtungen des Zuhörers kommen. Die Folge dieser gesunden Ideenverbindung wird sein, daß er keine neue phantastische Erfindung produzieren wird. Besonders wird er keine zwecklose Lüge erfinden. Der krankhafte Lügner muß weiter lügen, weil er unter dem unwiderstehlichen Zwange seiner krankhaften Impulse steht. Dieses sind die wichtigsten differential-diagnostischen Kriterien im gegebenen Falle.

Recht instruktiv läßt sich dieser Unterschied zwischen der Lüge des Kranken und des Gesunden in folgendem Falle von Lügenhaftigkeit bei einem Verbrecher demonstrieren, dem ich in meinem Gutachten nicht den § 51 zubilligen konnte. Es war das ein Grenzfall bei einem Hereditarier. Interessant ist an dem Falle auch, daß sich vier Gutachten gegenüber standen. Ein kreisärztliches Gutachten erklärte den F. für geisteskrank, mein Gutachten für gesund. Das Medizinalkollegium stimmte in seiner gutachtlichen Äußerung mit demjenigen des Kreisarztes überein. Längere Beobachtung des Falles in Berlin führte zu einem Gutachten des Obermedizinalkollegiums, das sich dem meinigen anschloß. F. wurde bestraft. F. ist ein Juwelendieb, der etwa ein Jahr hindurch in Aufsehen erregender Weise und in schneller Aufeinanderfolge in den verschiedensten Staaten Europas (Deutschland, Österreich, Frankreich, Holland, Belgien, Schweiz) umfangreiche Pretiosendiebstähle beging. Trotz größter Kühnheit, mit der die Delikte ausgeführt wurden, und trotzdem die Staatsanwaltschaften vieler europäischer Staaten und Großstädte ihn verfolgten, gelang es dem Verbrecher, der Verhaftung ca. ein Jahr lang zu entgehen. Er

wurde schließlich durch die Unvorsichtigkeit seiner Geliebten, welche in einer vornehmen Schweizer Pension lebte, verraten und gelegentlich eines Besuches bei derselben verhaftet. Ich lasse kurz einige wichtige Daten, den Fall betreffend, folgen.

Heredität: Vater: Sänger von Beruf, war Verbrecher und geisteskrank.

Vatersbruder: Blitzdichter und Artist, Schwindler.

Mutter: geistesschwach, hysterisch.

Muttersschwester: Prostituierte und geisteskrank.

Zweite Muttersschwester: Prostituierte.

Dritte Muttersschwester: geisteskrank.

Bruder: kriminell und geisteskrank.

F. war bei einem Koch in der Lehre. Mußte fortgeschickt werden. Seit fünfzehntem Lebensjahr Verkehr mit Prostituierten. Sexuelle Perversionen. Der 23 jährige Angeklagte nicht vorbestraft, beging seine gesamten Straftaten von Februar bis Dezember 1904. Zur Erklärung der Herkunft großer Geldsummen, die er verlebt hat, erzählt er einen Roman, der völlig erlogen ist. Er ist Dichter und Schriftsteller, bezieht hohe Tantiemen, ist Autor hervorragender Bühnenwerke. Er ist großer Sportsmann, hält sich Rennpferde, wettet hoch, spielt hoch in Monte Carlo. Hat große Reisen z. B. nach Amerika gemacht, lebt in besten Verhältnissen in London und Paris. Schulbesuch infolge des unstäten Wanderlebens der Eltern nachweislich fast null.

Status: Grobe Schädelasymmetrie. Schläfenenge. Schmaler Schädel. Asymmetrischer Gesichtsschädel. Schiefstellung der Nase. Henkelohren. Darwinsches Knötchen, Wildermuthsches Ohr, wenig umgeschlagener Helix, schlecht abgesetzte Ohrläppchen. Stumpfe Sensibilität der Kopfhaut, Ungleichheit der Hörschärfe. Abschreckende Häßlichkeit des Gesichts im Affekt; förmlich affenartige Verzerrung. Bettnässen bis zum 20. Jahr.

Psychisch: Äußerst lebhafte Phantasie bei vorzüglichem Intellekt. Gute allgemeine Kenntnisse ohne Schulbildung. Weiter Interessenkreis. Schnelle Auffassung. Dichterische Begabung. Schrieb philosophische Aufsätze, dichtete leicht, oft mit gutem Humor, war aber zu träge, seine Verse aufzuschreiben. Stimmungslabilität und Affektneigung in geringem Grade. Im ganzen bot er das Bild des Hereditariers ohne Psychose.

Das Zustandsbild näherte sich ungemein dem Krankheitstypus, das wir bei den Pseudologia-Fällen zu sehen gewohnt sind. Es fehlten aber vor allem die ausgesprochenen seelischen Krankheitserscheinungen, welche wir vorher als zum Typus der Pseudologia gehörig zu skizzieren versucht haben. Vor allem aber fehlten die Kriterien der „pathologischen" Lüge. Der Roman, den er erfand, erinnert allerdings ungemein an die lügenhaften Erzählungen des B. und der E. Auch er ist ein großer Dichter und Schrift-

steller, der große Reisen gemacht hat. Sein lügenhafter Bericht verfolgt aber einen bestimmten Zweck. Er will eine Quelle für den Erwerb der kolossalen Beträge angeben (angeblich bis zu 100 000frs.), die er verbraucht hat. Er hat tatsächlich ein Jahr hindurch wie ein vornehmer Herr gelebt, der großen Luxus treibt. Seine Reisen unter falschem Namen unterscheiden sich scharf von den Schwindelreisen unserer Pseudologia-Fälle. Er mußte unter falschem Namen leben, weil er sonst verhaftet worden wäre. Das Dunkel, in das er sein Vorleben zu hüllen suchte, sollte demselben Zwecke dienen. Er phantasiert sich vielleicht mehr zusammen als zur Erreichung seines Zweckes nötig ist. Aber seine Lügen sind nicht motivlos. Aus Lust am Fabulieren log er nicht. Auch in seinen schriftlichen Äußerungen war dieses Merkmal deutlich. Er hielt sich an sein Thema (philosophischer Aufsatz) und produzierte keine Abenteuer, in denen er eine Heldenrolle spielte. Letzteres ist typisch für das Krankheitsbild der Pseudologia. Auch die charakteristische Gedächtnisstörung und beschriebene Urteilstrübung fehlten bei ihm. Die seltsamen Widersprüche wurden vermißt. War ihm eine Straftat bewiesen, so verzichtete er auf jede Lüge als wertlos. Bei seiner Verhaftung gab er sich als Offizier aus, renommierte mit seinen vielen Reisen und seiner hohen Bildung. Es wurde ihm bewiesen, daß seine Papiere, auf die er sich bezog, falsch waren. Er machte darauf keinen Versuch, unnötig neue Lügen zu erfinden. Seine Verbrechen und sein ganzes Verhalten zwecks Verhinderung der Entdeckung derselben ist planmäßig. Er handelte mit großer Energie und Kühnheit. Stets ist Zielbewußtsein nachzuweisen. Oktober und November lebte er z. B. mit seiner Geliebten in Frankreich (Paris und Monte Carlo). Die Juwelendiebstähle und Raube führte er aber in Deutschland und Belgien aus (Brüssel, Dresden, Wiesbaden, Frankfurt, Expreßzug London—Köln). Er reiste zur Verübung seiner Straftaten nach Deutschland, um nach ca. zweitägiger Abwesenheit wieder zu seinem derzeitigen Wohnort zurückzukehren. Dadurch vereitelte er so lange alle Bemühungen der Polizeibehörden, die eine förmliche Hetzjagd hinter diesem gefährlichen Verbrecher anstellten. Er weihte selbst seine Geliebte nicht in seine verbrecherische Tätigkeit ein. Er gab sich ihr gegenüber als reicher Privatmann aus. Seine mehrtägigen Reisen trat er an, „um Kapitalien zu kündigen". Auch hier tritt das Motiv klar zutage. Sie war ihm nicht intelligent genug. In der Tat wurde sie schließlich, gegen ihren Willen, zur Verräterin. Hinzugefügt soll noch werden, daß F. die richtige Überzeugung hatte, sich nur durch den Nachweis seiner Unzurechnungsfähigkeit vor dem Gefängnis retten zu können. Er versuchte Epilepsie zu simulieren, machte Referenten auf alle möglichen psychopathischen Züge bei sich aufmerksam. Er stellte schließlich schriftlich alle diejenigen Momente aus seinem Vorleben und seiner derzeitigen Geistesbeschaffenheit zusammen, die ihm für das Bestehen von Geistesstörung zu sprechen schienen. Wiederholt legte er Referentem warm ans Herz, alle

diese Punkte entsprechend zu berücksichtigen. Einige scherzhafte Knittelverse gelangten gegen seinen Willen in meine Hände, welche seinen Gedankengang kennzeichnen.

„Ich lernte kennen jüngst mit viel Plaisir
Den Herrn Direktor von der Anstalt hier,
Es ist der König von dem Eichbergstaat
Wenn ich nicht irr, ist er geheimer Rat.
Für Geist und Güte spricht sein Angesicht,
Autorität ist er für das Gericht,
Auch schreibt er nächsten dorten für mich hin.
Auf Text des Schreibens ich begierig bin.

Refrain:

Das ist von Schiller nicht, von Goethe kein Gedicht,
Ist von kein Klassiker, von kein Genie,
Jedoch bekundet er, daß ich meschugge war,
Das wär für mich die höchste Poesie.“

Ähnliche kriminelle Fälle wie F. sind mir wiederholt vorgekommen. Es fehlen in denselben die wichtigsten Kriterien der Pseudologia, obgleich die ganze Veranlagung und auch gewisse psychopathische Züge große Ähnlichkeit zeigen. Es sind das eben lügenhafte Entartete mit großem Luxusbedürfnis, welche häufig an der Grenze der Zurechnungsfähigkeit zu stehen scheinen. Bei ungenügender Berücksichtigung der wichtigsten Unterscheidungsmerkmale ist die Verwechslung mit dem Bilde der Pseudologia leicht möglich.

Die Verwechslung der pathologischen Lüge mit der Wahnbildung bei Dementia paranoides kann leicht vorkommen. Ein Beispiel dafür ist der Fall A. Bei Dementia paranoides ist die Wahnbildung meist sehr phantastisch. Die Kranken werden vielfach auch körperlich beeinflußt. Es spielen geheimnisvolle Einwirkungen der verschiedensten Art eine große Rolle. In jedem Falle sind die Wahnideen mehr oder weniger widerspruchsvoll und schwachsinnig. Die Unmöglichkeit der abenteuerlichen Erzählungen ist stets naheliegend. Vor allem aber sind sie niemals korrigierbar. Der pathologische Schwindler erfindet Ereignisse und Abenteuer, die an sich durchaus möglich, oft nicht einmal unwahrscheinlich sind. Der Inhalt seiner Erzählungen läßt sich sehr wohl mit der allgemeinen Erfahrung in Einklang bringen. Meist sind es auch Erfahrungen und tatsächliche Geschehnisse. Der Kranke hat sie nur von anderen gehört oder gelesen. Er erzählt keine

Märchen, sondern Geschichten, die andere erlebt haben. Er korrigiert schließlich, wenn auch nur teilweise, die lügenhaften Behauptungen. Tut er das nicht, wie im Fall C., so ist der Inhalt der Idee doch sehr charakteristisch. An einer später eintretenden Korrektur der Idee kann nicht gezweifelt werden. Schließlich muß der ganze übrige Symptomenkomplex der beiden so völlig heterogenen Krankheitsbilder schnell die Differentialdiagnose sichern. Denn ein sicheres Kennzeichen des Wahns im Gegensatz zum Glauben gibt es bekanntlich nicht. Ich erinnere nur an einzelne religiöse Vorstellungen. Wie viele philosophisch und naturwissenschaftlich bestens geschulte Denker von hervorragender Intelligenz sind fest überzeugt von der Realität von Vorgängen, die mit der allgemeinen Erfahrung in schroffstem Widerspruch stehen. Diese Vorgänge sind oft von einer ungeheuerlichen Widersinnigkeit und Phantasterei, wie man sie nur bei Dementia paranoides wiederfindet. Und doch erweisen sich diese Ideen als durchaus unkorrigierbar, nur weil sie von Jugend auf eingewurzelt sind. Was schließlich die Gehörs- und Gesichtshalluzinationen anbetrifft, die wir im Falle C. beobachtet haben, so sind sie durch ihren Inhalt als typisch psychogen charakterisiert. Die Sinnestäuschungen schreckhafter Art sind ausgesprochen abhängig von dem psychischen Trauma und auf die Dauer des folgenden psychogenen Zustandes beschränkt. Daher erscheint mir eine Verwechslung solcher Halluzinationen mit den Sinnestäuschungen bei Dementia paranoides kaum möglich.

Simulation eines so wenig bekannten Krankheitsbildes kommt nicht in Frage. Die Unterscheidungsmerkmale der Wahnbildung von der lügenhaften Erzählung scheinen mir, wie soeben erwähnt, sehr eindeutig. Ein Gesunder, der derartige Lügen in der Absicht produziert, „eine Wahnidee“ vorzutäuschen, würde wohl gleich durchschaut werden.

Von der Hysterie ist das vorbeschriebene Krankheitsbild scharf abzugrenzen. Die hysterische Charakterdegeneration fehlt völlig. Der pathologische Schwindler ist äußerlich ruhig und geordnet. Er ist in seinem ganzen Wesen in keiner Weise exaltiert. Er macht einen würdigen, gelassenen, durchaus vertrauenerweckenden und zuverlässigen Eindruck. Er fügt sich der Anstaltsordnung, steht in freundlichem Verhältnis zu den Personen seiner Umgebung. Er ist nicht redselig. Er ist nicht eitel, launenhaft und intrigant wie der Hysterische. Er

kleidet sich solide, aber nicht kokett. Sein ganzes Äußere und Gebaren ist das des geistig gesunden Menschen. Es besteht keine Neigung, anderen seine Überlegenheit zu beweisen, andere zu kränken und zu malträtieren. Er ist auch nicht grausam und gehässig. Während die Hysterischen nicht miteinander auskommen, das Personal und ihre Umgebung schikanieren und oft förmlich zur Verzweiflung treiben, sind die pathologischen Schwindler im allgemeinen gutmütige, liebenswürdige Menschen. Hysterische Stigmata waren in den fünf beschriebenen und anderen kriminellen Fällen nicht nachzuweisen. Die Beeinflußbarkeit der Stimmungslage durch äußere, von der Umgebung ausgehende Einwirkungen haben alle auf dem Boden der Entartung entstehenden Psychosen gemeinsam. Die psychogenen Haftpsychosen sind geradezu Typen der Vulnerabilität des Gehirns gegenüber psychischen Traumen. Und doch sind sie ebenso scharf von der Hysterie abzugrenzen wie das Krankheitsbild der Pseudologia phantastica. Welche Bedeutung dem Symptom, auf welches *Stemmermann* hingewiesen hat, dem Kopfschmerz und Schwindel beizumessen ist, läßt sich schwer sagen. Kopfschmerz findet sich bei denjenigen Fällen von Lügensucht, welche hysterische Stigmata zeigen. In solchen Fällen sah ich weiterhin auch hysterische Bewußtseinstrübungen und schwere hysterische Erregungszustände. Diese Fälle habe ich hier ausgeschaltet, weil das ganze psychische Krankheitsbild eben ein anderes ist.

Charakteristisch erscheinen mir im Gegensatz dazu die Zustandsbilder, in denen die pathologische Lüge im Vordergrunde steht und hysterische Anzeichen fehlen. In diesen Fällen von Pseudologia war kein Kopfschmerz vorhanden. A. ist angeblich einmal auf der Straße zusammengebrochen. Sonst sind Schwindelanfälle bei meinen Kranken nicht nachweislich gewesen. Kopfschmerz und Schwindel wären übrigens ein erklärliches psychogenes Symptom, das auf Hysterie hinweist. Die Vermutung liegt nahe, daß dieses Symptom als hysterisch aufzufassen ist. Als Kennzeichen des Krankheitsbildes der Pseudologia glaube ich es nicht ansprechen zu können.

Von der Imbezillität muß man die pathologische Lüge meines Erachtens abgrenzen. Die Kennzeichen des Schwachsinnes, des intellektuellen Defektes fehlen doch sicherlich. Der Schwachsinnige lügt auch; aber es fehlt ihm das Urteil. Er vermag die Folgen seiner

Schwindeleien nicht zu übersehen. Der Intellekt unserer fünf Kranken war nicht herabgesetzt. Im Gegenteil übertraf ihre Intelligenz die Norm auf einzelnen seelischen Gebieten, wie ich nachgewiesen habe. Urteilstrübung und Gedächtnisstörung machten sich nur auf einem bestimmten und begrenzten Gebiete dieses psychischen Geschehens bemerkbar. Das assoziative Denken, die Auffassung, der Vorstellungs- und Interessenkreis, die komplizierten Vorgänge der Urteilsbildung waren nicht krankhaft herabgesetzt.

Mit dem manisch-depressiven Irresein kommt, wie ich aus Erfahrung weiß, eine Verwechslung gleichfalls vor. Die Stimmungsschwankungen der abnormen Schwindler sind aber meist durch ihre Abhängigkeit von psychischen Einflüssen gekennzeichnet. Den Depressionen von A., B., D. und besonders von C. gingen psychische Traumen voraus. Der Zusammenhang der Depression von C mit der Erregung über seine Bestrafung ist unverkennbar. Sehr deutlich kenntlich wird die Psychogenie im Falle C. Die schreckhaften Halluzinationen entsprechen inhaltlich völlig den pathologischen Lügen. Bei den rein psychogenen Haftpsychosen mit bester Prognose sehen wir genau dieselben durch ihre inhaltliche Beziehung zum Trauma charakterisierten Halluzinationen. Auch die übrigen Kennzeichen der psychogenen Depression finden wir ausgesprochen bei unseren Fällen. Für die Auffassung des triebartigen Fabulierens und Schwindelns als hypomanische Anfälle fehlt jeder Anhaltspunkt. Vor allem fehlt jede Andeutung von Ideenflucht, von Bewegungsdrang. Wie vorher ausführlich erklärt wurde, ist der pathologische Schwindler ruhig und gesetzt. Er beantwortet die Fragen kurz und geordnet. Er fällt keineswegs mit der Tür ins Haus. Erst wenn er Interesse vorauszusetzen glaubt, beginnt er zu fabulieren. Vor allem ist die Stimmungslage während des Fabulierens keine manische. Ruhig und bedächtig, ohne Übertreibung, mit einer gewissen Selbstverständlichkeit wird erzählt. Daher auch die Unmöglichkeit für den Zuhörer, Lüge und Wahrheit zu unterscheiden. Ohne Einwirkung des Milieus in bestimmtem Sinne fehlen Stimmungsanomalien überhaupt. Jedenfalls ist die Labilität der Stimmung bei unseren Fällen keine größere, als wir sie bei jedem Hereditarier finden. Der Hang zum Fabulieren ist nicht eine periodische oder periodisch intensivere Erscheinung. Dieser Impuls ist stets da; er kann jederzeit ausgelöst

werden durch geeignete Momente. Zum Lügen bereit, wenn er Interesse zu finden glaubt, ist der pathologische Schwindler immer. Man hüte sich, aus dem Zurücktreten der „pathologischen Lüge" bei längerem Anstaltsaufenthalt auf Periodizität zu schließen. Darin zeigt sich nur die Abhängigkeit der schwindelhaften Produktionen von äußerer Anregung und dem Milieu. Letzterer Umstand steht in scharfem Gegensatz zu manischer Produktion.

Die Prognose der beschriebenen Krankheitsfälle ist eine ungünstige. Wie aus der Entwickelung der Krankheitserscheinungen hervorgeht, treten bereits in frühester Jugend die ersten Symptome hervor. Schädigung der Keimanlage ist wohl stets vorhanden. In einigen Fällen schwere Belastung. Wenn anamnestisch bei den Eltern nichts Verdächtiges festzustellen ist, so fällt Geistesstörung bei den Geschwistern auf. Das spricht immerhin für eine Schädigung der Keimanlage. Bei denjenigen Fällen, in welchen ich hysterische Stigmata nachweisen konnte, bestimmt der Grad der hysterischen Symptome die Prognose. Als ungünstig muß diese bei den typischen Fällen von Pseudologia phantastica angesehen werden. Es handelt sich jedenfalls um einen tiefgreifenden krankhaften Zustand der seelischen Funktionen, der nicht reparabel ist. Die Kranken stellen gewissermaßen Mißbildungen der Psyche dar. Wenn alle psychischen Kennzeichen für einen bestimmten hohen Grad der Mißbildung sprechen, wird man eine Besserung nicht mehr erwarten können.

In einem von mir kürzlich außerhalb der Anstalt beobachteten Fall einer jugendlichen Kriminellen ließ sich die „pathologische Lüge" im Alter von 16 Jahren feststellen.

Ich erwähne den Fall nur kurz. 16 jähriges Dienstmädchen G. aus ärmlichen Verhältnissen. Leidet an Bettnässen. Faßt schnell auf, findet sich in neuen Verhältnissen schnell zurecht. Intelligenz etwas unter der Norm. Schreibt sogleich nach Antritt ihrer Stelle eine Unmenge von Ansichtspostkarten, in welchen sie ausführlich über die Reisen berichtet, auf welchen sie sich zu befinden vorgibt. Die auf den Karten gedruckten Aussichtspunkte werden als jeweilige Reisestationen bezeichnet. Sie macht ihre angebliche Reise mit Verwandten, die sie als Onkel und Tante bezeichnet, die in ihrem Namen Grüße übermitteln usw. Im Hause ihrer Dienstherrschaft machte sie wie zufällig in der für „Pseudologia" typischen ungezwungenen Art detaillierte Angaben über den Reichtum ihrer Eltern, über die Quellen dieses imaginären Reichtums, über die hohe musikalische und sonstige Begabung ihrer Geschwister, die vorzügliche

Lebensstellung, in der sich letztere befänden, usw. Als ein Bruder das Mädchen besuchte, stellte sich heraus, daß kein Wort an allen Angaben der G. wahr war. Familie in ärmlichen Verhältnissen usw. Ähnliche Erdichtungen verbreitete sie überall, wo sie hinkam. Schließlich erzählte sie von imaginären Liebesverhältnissen mit höher stehenden Personen und gab Anlaß zu allerhand Verleumdungen und Gerüchten. Auf Vorhaltungen pflegte sie meist alles zu bestreiten. Wurde ihr der Nachweis der Lüge geliefert und nach den Motiven geforscht, so pflegte sie zu sagen: „ich kann wirklich nichts dafür, es kommt so über mich, und dann erzähle ich solche Sachen". Schließlich beging sie zahlreiche Diebstähle bei ihrer Dienstherrschaft und Nachbarn, mit denen sie in Berührung kam, und wurde entlassen. Bemerkenswert ist es, daß auch bei der G. trotz eines leichten Intelligenzdefektes dichterische Veranlagung bestand. Die Briefe und Karten, die sie später an ihre Dienstherrschaft schrieb, zeigen einen gewandten und fließenden Stil, der im schroffen Gegensatz zu der geringen Schulbildung der G. steht. Hinzugefügt mag werden, daß die G. keine hysterischen Züge bot, von gutmütigem, verträglichem Charakter war, sich willig und durchaus leistungsfähig zeigte, wenn sie beaufsichtigt war. Ohne Aufsicht erwies sie sich völlig unzuverlässig. Dieser Umstand, den wir bei allen beobachteten Fällen von „Pseudologia" finden, bedingte ihre Unverwendbarkeit. Aus ihren späteren Briefen nach der Entlassung geht eine große Anhänglichkeit an die Dienstherrschaft hervor. Es ist wahrscheinlich, daß die G. später weiterhin kriminell werden und damit demselben Geschick verfallen wird, das die mit „Pseudologia phantastica" Behafteten zu ereilen pflegt.

Bei der forensischen Beurteilung stellt sich leicht bei dem Sachverständigen die Neigung ein, die pathologischen Schwindler als Schwachsinnige aufzufassen und einen erheblichen Intelligenzdefekt nachzuweisen. Das ist verfehlt. Eine Urteilsschwäche besteht in der Tat nicht, sondern nur eine eigenartige und wohl charakterisierte Form meist schnell vorübergehender Urteilstrübung. Es wird daher auch unmöglich sein, den Richter davon zu überzeugen. Der abnorme Schwindler hat sogar ein sehr scharfes Urteil, wie das bei unseren Fällen festzustellen war.

Der unüberwindliche Zwang, den die krankhaften Impulse ausüben, muß die pathologischen Schwindler dem Verbrechen in die Arme führen. Die Fälle A., B., C. und D. sind besonders instruktiv in dieser Beziehung. Immer wieder kommen die Kranken mit dem Strafgesetz in Konflikt, bis sie schließlich wie B. die größte Zeit ihres Lebens im Zuchthaus verbringen oder wie E. der Prostitution anheimfallen. Die Betrachtung ihrer Lebensschicksale beweist ihre Unverbesserlichkeit. Sie müssen

immer wieder kriminell werden. Bei der E. besteht die Kriminalität zunächst nur in der schließlich gleichwertigen Prostitution. Sie wurde daher bei Abgabe des Gutachtens nicht als gemeingefährlich bezeichnet. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird aber angenommen werden müssen, daß sie noch gemeingefährlich werden wird.

Die übrigen fünf Fälle, außer der E., und zahlreiche andere ähnliche, welche wegen Raummangel nicht erwähnt werden konnten, sind schwer kriminelle, die meines Erachtens als unheilbar bezeichnet werden müssen. Je nach dem Grade ihrer Gemeingefährlichkeit wird ihre dauernde Unschädlichmachung in geschlossenen Anstalten für angezeigt erachtet werden müssen. Nach ihrer Entlassung begehen sie unweigerlich immer wieder dieselben Delikte. A. bewies das nach seiner Entweichung.

Besonders gemeingefährlich sind sie aber durch ihre relativ hohe Intelligenz und durch ihr Vertrauen erweckendes Benehmen. Sie unterscheiden sich insofern in keiner Beziehung von dem Geistesgesunden. Da sie gewissermaßen seelische Mißbildungen darstellen und ein fließender seelischer Krankheitsprozeß nicht bei ihnen wahrnehmbar ist, werden sie auch überall für geistig gesund gehalten werden. Sie glauben an ihre Schwindeleien und folglich werden sie immer Gläubige finden. Denn Überzeugung wirkt eben suggestiv. Daher sind sie gefährlicher wie viele andere Kranke.

Ich glaube auf Grund meiner zahlreichen Beobachtungen, aus denen ich sechs Fälle herausgegriffen habe, den Schluß ziehen zu können, daß der vorbeschriebene Symptomenkomplex, in dessen Mittelpunkt die „pathologische Lüge“ steht, seiner ungünstigen Prognose wegen von anderen ähnlichen Zustandsbildern abgegrenzt zu werden verdient. Er entsteht sicher auf dem Boden der Entartung. Das Krankheitsbild zeigt ausgesprochen die Züge der Entartung. Mit der Hysterie hat der Symptomenkomplex aber nur das psychogene Moment gemeinsam. Aus der großen Gruppe des Entartungsirreseins heben sich diese Krankheitsfälle meines Erachtens prägnant durch die Eigenart der psychischen Störungen hervor, die den akuten psychogenen Zuständen sonst fehlen.

Wir haben in diesen Zustandsbildern also eine eigenartige wohl charakterisierte Form des degenerativen Irreseins vor uns, die wir vielleicht zweckmäßig als die phantastische bezeichnen.

Die Prognose der akuten Psychosen, die psychogenen Typus aufweisen, ist bekanntlich eine vorzügliche. Vor allem gilt das für die psychogenen Zustände, die wir in der Untersuchungs- und Strafhaft sehen, die eigentlichen Haftpsychosen.

Die „phantastische Form des degenerativen Irreseins“ dagegen unterscheidet sich von den übrigen Entartungspsychosen durch ihre durchaus ungünstige Prognose.

Ein Fall von Fahnenflucht im hysterischen Dämmerzustande.

Von

Dr. **Gerlach**, Abt.-Arzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim (Dir. San.-Rat Dr. *Gerstenberg*).

Das genauere Studium der an krankhaftem Wandertriebe leidenden Individuen führte die Autoren, besonders die französischen, anfangs dazu, diese Zustände zumeist als der Epilepsie zugehörig aufzufassen. Man ging sogar so weit, auch in den Fällen, in denen die Kardinalsymptome der Epilepsie nicht nachgewiesen wurden, diese Wanderzustände als Äquivalente aufzufassen.

Nachdem schon *Pîtres*[1]) auf die Unzulänglichkeit dieser Annahme hingewiesen und zugleich der Vermutung Ausdruck gegeben hatte, daß man in einem Teil der Fälle bei eingehender Untersuchung wohl auf Hysterie abkommen würde, hat neuerdings *Heilbronner*[2]) an der Hand einer Reihe selbst beobachteter und einer größeren Zahl aus der Literatur zusammengestellter Fälle von „Fugues und fugueähnlichen Zuständen" Untersuchungen angestellt, auch über ihren Zusammenhang mit der Epilepsie. Er kam u. a. dabei zu dem Schluß, daß „nur ein gewisser Prozentsatz (etwa ein Fünftel) der an Fuguezuständen leidenden Individuen einigermaßen sichere epileptische Störungen zeigt", daß ferner „die Zahl der mit h y s t e r i s c h e n Symptomen behafteten Individuen unter den Fuguekranken e r h e b l i c h g r ö ß e r ist, als die der Epileptiker."

---

[1]) *Pîtres*, Congrès des Aliénistes et Neurologistes. Arch. de Neurologie, 1895. Bordeaux.

[2]) *Heilbronner*, Über Fugues und fugueähnliche Zustände. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 23. Bd. Leipzig und Wien 1903.

Wir hatten kürzlich Gelegenheit, einen hierher gehörenden Kranken zu beobachten und zu begutachten, der in verschiedener Hinsicht manches Interessante bietet.

Der Matrosenartillerist E. B., geb. am 10. Februar 1884 zu J., wurde am 4. Oktober 1905 in die Marine eingestellt. Er hatte das Schmiedehandwerk erlernt, die letzte Zeit vor seinem Diensteintritt aber als Ackerknecht gearbeitet. 1905 wurde er wegen Diebstahls einer Uhr mit 3 Tagen Gefängnis bestraft. Während seiner Dienstzeit wurde er dreimal bestraft: April 1906 mit 20 M. Geldstrafe oder 3 Tagen Haft wegen groben Unfugs; ferner im Februar 1907 durch den Gouverneur des Kiautschougebietes mit 7 Monaten 20 Tagen Gefängnis und Versetzung in die II. Klasse des Soldatenstandes wegen Fahnenflucht usw. und endlich Oktober 1907 mit 7 Tagen strengem Arrest wegen Ungehorsams in Dienstsachen, unerlaubter Entfernung usw.

Aus den Untersuchungsakten über die jüngste Straftat geht das Folgende hervor: Montag, den 28. Oktober 1907, wurde B. bei der Morgenrevision vermißt. Am 7. November telegraphierte der Generalkonsul aus London, daß sich der angebliche Deserteur B. dort gemeldet habe. Nach einem Schreiben des Generalkonsulates hatte er sich am 7. November vormittags im Kaiserl. Generalkonsulate gestellt und angegeben, er sei vor etwa einer Woche von der Matr.-Art.-Abt. in Cuxhaven desertiert und an Bord eines englischen Frachtdampfers, dessen Namen er nicht angeben konnte, nach London gekommen. Er wurde mit dem nächsten Dampfer zurückgebracht und am 10. November in das Untersuchungsgefängnis eingeliefert. Bei der gerichtlichen Vernehmung am 11. November gab er an: „Ich bestreite die Absicht der Fahnenflucht. Ich weiß überhaupt gar nicht, wie ich von Cuxhaven weggekommen bin. Ich kam wieder zu mir selbst, als ich auf einem englischen Frachtdampfer mich auf der Überfahrt nach England befand. Wie ich dorthin gekommen bin, weiß ich nicht. Das Schiff ging dann in einem englischen Hafen, dessen Namen ich nicht kenne, vor Anker, und ich begab mich von Bord. Ich begab mich zu Fuß in zwei Tagen nach London und stellte mich dem deutschen Konsulate. Der englischen Sprache war ich nicht mächtig. Wie das Schiff hieß, auf dem ich nach England fuhr, weiß ich nicht. Als ich zu mir kam, befand ich mich unten bei der Maschine zwischen den Heizern. Ich ging dann sofort hinauf und stellte mich dem Kapitän. Wie dieser heißt, weiß ich auch nicht. Ich habe schon früher Anfälle gehabt, in denen ich ohne Zweck weglief." Aus einer zweiten Vernehmung geht hervor, daß B., „als er auf See zum Bewußtsein erwachte", mit seiner Uniform bekleidet war. Nach seiner Landung habe er einen Deutschen getroffen, der ihm eine Adresse gab, wo er Arbeit finden könnte; er habe aber erklärt, er wolle sich dem

Konsulate stellen. In der Hauptverhandlung erklärte B. unter anderem, er sei vor seinem Diensteintritt mehrmals ganz planlos fortgegangen; er leide stets an Kopfschmerzen, sei sonst ernstlich noch nicht krank gewesen. Auch bei seiner ersten Fahnenflucht sei er ganz planlos weggegangen; am nächsten Tage habe man ihn an Bord eines Dampfers gefunden. Wie er dorthin gekommen sei, wisse er nicht.

Die Verhandlung wurde daraufhin ausgesetzt und dem Gerichtsherrn die Beobachtung des B. in einer Anstalt anheimgegeben.

Über das Vorleben des B. ist in den Akten noch das Folgende enthalten. Nach Angabe des Vaters, der als arbeitsam und nüchtern bezeichnet wird, hat er mit einem Jahr laufen, mit zwei Jahren sprechen gelernt. An Krämpfen hat er nicht gelitten. Kurz vor seiner Konfirmation lief er zwei Tage lang von Hause fort, ohne daß hierfür ein besonderer Grund bestanden hätte. Geistes- oder Nervenkrankheiten. Trunksucht sind in der Familie nicht vorgekommen. Der Lehrer, dem er von 1894—1904 bekannt war, „hat die sichere Überzeugung, daß er nicht nur sehr beschränkt ist, sondern auch einen geistigen Defekt hat. Es traten mehrmals bei ihm Zustände hervor, in denen mit ihm absolut nichts anzufangen war“. Der Lehrer hatte bei solchen Zufällen den Eindruck, als ob B. „zu einem planmäßigen Handeln unfähig“ war. Dabei war er in seinem Wesen harmlos. Er trieb sich manchmal tagelang umher und kam nicht zur Schule, ohne zu empfinden, daß er damit gegen die Schulordnung verstieß. Da ihm jedes Schuldbewußtsein abgesprochen wurde, erfuhr er dieserhalb auch keine Züchtigung. B. ist schließlich aus der 3. Klasse einer fünfklassigen Schule konfirmiert, was vom Zeugen „als eine sehr große Seltenheit“ bezeichnet wird. Der Vater des Angeklagten hat dem Lehrer des öfteren gesagt, sein Sohn sei „offenbar von der Mutter erblich belastet“, näheres darüber kann Zeuge aber nicht angeben. Auch seinem Meister — er bezeichnet den B. als „anstellig, fleißig und begabt“ — ist er etwa dreimal ohne einen erkennbaren Grund 8—14 Tage lang aus der Lehre fortgelaufen und hat sich umhergetrieben, bis ihn sein Vater jedesmal zurückbrachte. Dem Alkoholgenuß habe er nicht gefrönt, an Krampfanfällen während der Lehrzeit nicht gelitten.

Bei der Aufnahme in die Anstalt am 6. Januar 1908 war B. gleichgültig heiterer Stimmung, örtlich und zeitlich orientiert. Von dem den Transport ausführenden Maaten wußte er, daß er 6 Wochen in einer Anstalt auf seinen Geisteszustand beobachtet werden sollte.

Befund bei der Untersuchung: Großer muskulöser Mann von kräftigem Körperbau, in gutem Ernährungszustande. Farbe der

Haut und der sichtbaren Schleimhäute blaß. Gesichtszüge grob; die Backenknochen springen weit vor.

Der Schädel ist symmetrisch gebaut, Umfang 56 cm; allgemeine Empfindlichkeit auf Druck und Beklopfen, besonders auf dem Scheitel. Auf der Höhe des Scheitels findet sich eine 5 cm lange verschiebliche Narbe. Helix des linken Ohres eingedrückt. Gesicht gleichmäßig schlaff innerviert. Nervendruckpunkte nicht empfindlich. Irides gefleckt. Pupillen bds. gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall und Blick in die Nähe. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Die Zunge kommt gerade heraus, zittert fibrillär an der Spitze, ist grauweiß belegt, frei von Narben. Gaumen steil, der linke Bogen hebt sich beim Anlauten ausgiebiger als der rechte. Zäpfchen hängt gerade. Würgreflex lebhaft. Gebiß o. B. Bartentwicklung sehr schwach.

Brust- und Bauchorgane o. B. Nach Beklopfen des linken großen Brustmuskels idiomuskuläre Wülste. Deutliche Dermatographie. Bauchreflexe sehr lebhaft, bds. gleich.

Wirbelsäule gerade, keine Spinalirritation.

Sehnenreflexe an den oberen Extremitäten o. B. Kniephänomen lebhaft, kein Unterschied auf beiden Seiten. Bei gleichzeitigem Fußaugenschluß subjektiv nichts, objektiv geringes Schwanken. Haltung schlaff. Gang bei geschlossenen Augen unsicher. Geringer Tremor manuum. Kein Babinski. Plantarreflex links nicht auslösbar, rechts lebhaft. G l o b u s vorhanden. I l e a k a l p u n k t links druckempfindlich. Die l i n k e K ö r p e r h ä l f t e ist h y p ä s t h e t i s c h und h y p a l g e t i s c h, besonders die linke Gesichtshälfte, wo fast gar nichts gefühlt wird. Die Grenze findet sich genau in der Medianlinie bis auf eine kleinhandtellergroße Stelle links neben dem Nabel, wo Hyperästhesie und Hyperalgesie besteht. Beides wird ferner nachgewiesen in der rechten Supra- und Infraclaviculargegend; im übrigen sind Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit rechts normal. Temperatursinn links herabgesetzt. Konjunktival- und Kornealreflex bds. vorhanden. Urin frei von Z. u. E.

B. ist orientiert; sorglos heiterer Stimmung, gibt er lächelnd auf die an ihn gerichteten Fragen bereitwillig Antwort. Über sein Vorleben macht er richtige Angaben. Er sei der drittälteste von 11 Geschwistern, am 10. Februar 1884 geboren zu J., wo sein Vater Schachtarbeiter sei. Ernstlich sei er niemals krank gewesen; nur habe er viel an K o p f s c h m e r z e n und S c h w i n d e l gelitten und leide auch jetzt noch daran, besonders an den Kopfschmerzen. Von Krampfanfällen weiß er nichts. In der Kindheit sei er von seinen Geschwistern und Altersgenossen viel gehänselt und habe an gemeinsamen Spielen nie besonders Gefallen gefunden. Er habe von jeher von seinem Vater viel Schläge bekommen, da er schlecht habe lernen können. Nach der Schulentlassung habe er 3¼ Jahre das Schmiedehandwerk erlernt, dann sei er in die Fremde gegangen und habe ganz Deutschland durchwandert. Er sei aber n i r g e n d s l a n g e in

Stellung gewesen. „Wenn ich bei einem Meister war, dann konnte ich es nicht so machen, wie der wollte, dann hat er mich weggejagt", gibt er lächelnd an. Er habe 4—5 M. in der Woche verdient, die anderen Gesellen hätten mehr Geld erhalten, weil sie es besser konnten, als er. Schließlich habe er andere Beschäftigung versucht, als Arbeiter im Steinbruch, in einer Zuckerfabrik, beim Bauern, als Kohlenschipper auf einem Dampfer. Fast zwei Jahre sei er auch bei einem Karussellbesitzer in Stellung gewesen: „das war ein feiner Kerl, da hat es mir am besten gefallen". Getrunken habe er nicht viel, er habe nichts vertragen können. Auf weiteres Befragen gibt er zu, während der Schulzeit und als Lehrling wiederholt weggelaufen zu sein; er wisse nicht, weshalb er das getan habe. Auch Einzelheiten über die Wanderungen kann er nicht angeben. Es sei so lange her, er wisse es nicht mehr; nur erinnere er sich, daß er sich schließlich nicht zurückzukehren getraut habe aus Furcht vor Strafe. Er sei gern Soldat, wenn ihm das Exerzieren auch schwer geworden sei. In der Instruktionsstunde habe man ihn auf den linken Flügel gestellt und bei Besichtigungen weggesteckt. Er habe nicht vorwärts kommen können, und über seine Antworten hätten die Offiziere und Unteroffiziere stets gelacht. Wenn so viele da seien, könnte er nichts herausbringen; auch vor dem Kriegsgericht habe er sich nicht aussprechen können. In Kiautschou sei er zum Schweinefüttern kommandiert gewesen; dann habe er auf einem Fort Waffen reinigen müssen, wobei sich niemand um ihn gekümmert habe. Auf der Mannschaftsstube sei es zuerst gut gegangen; die Leute hatten ihren Spaß mit ihm. Dann kam er auf eine Stube mit lauter alten Leuten; für diese habe er die blauen Hosen verkaufen müssen. Sie hätten ihn auch in eine Wirtschaft mitgenommen und auf seine Rechnung gezecht. Schließlich habe er 30 M. Schulden gehabt und diese von dem Geld für die Hosen bezahlt. Den Rest habe er für sich ausgegeben. Ferner solle er in Tsingtau auf einen japanischen Dampfer entwichen sein, um zu desertieren. Er wisse aber nichts davon; er sei gern Soldat. Für diese Entfernung und für die Unterschlagung der Hosen sei er mit Gefängnis bestraft. Auf der Fahrt nach Deutschland, wo er in Köln seine Strafe abgesessen habe, habe er in Arrest bei den Kesseln gelegen und dauernd heftige Kopfschmerzen gehabt wegen der Hitze.

In seinen mündlichen Äußerungen ist er ziemlich gewandt; seine schriftlichen Darstellungen sind sehr ungeschickt. Minimale Schulkenntnisse. Einfachste Rechenaufgaben werden richtig gelöst, bei etwas schwierigeren versagt er; Brüche kennt er gar nicht. Die Schrift erinnert an die eines Abc-Schützen; die Orthographie ist so schlecht, wie man sie sich falscher kaum vorstellen kann. Auch die Kenntnisse im Beruf sind mangelhaft. Als er schildern soll, wie ein Pferd beschlagen wird, sagt er z. B.: „Man sucht sich ein Eisen aus und nagelt es an den Huf." Es gelingt nicht, ihn darauf zu bringen, daß es vorher glühend gemacht und angepaßt wird. „Das macht ja der Meister", meint er auf Vorhalt, „so was habe immer der

Meister selbst gemacht" usw. Über Zweck und Einrichtung der Marine gefragt, schnurrt er einige Reminiszenzen aus der Instruktionsstunde herunter, bringt dabei aber auch Verschiedenes durcheinander. Sobald er aus den geringen Kenntnissen, die er aufzuweisen hat, eine Nutzanwendung ziehen soll, versagt er völlig. Hierüber lächelt er ganz vergnügt, ohne daß ihm seine Minderwertigkeit zum Bewußtsein kommt. Einfachere vorgesprochene Sätze kann er annähernd wiedergeben. Zahlen, die er sich merken soll, nennt er nach kurzer Zeit nicht immer richtig; nach längerer Zeit hat er sie vergessen. Von seiner Fahrt nach China erzählt er gern und renommiert dabei ungeheuerlich. In Singapore hätten sie z. B. ihrer 20 deutsche Matrosen 500 Engländer verhauen; in den Wirtschaften „zu 5—6 die ganze Gaststube hinausgeworfen" usw. Sinnestäuschungen oder Wahnvorstellungen sind nicht nachweisbar. Über seine Entfernung aus Cuxhaven macht er dieselben Angaben wie bei den Vernehmungen. Er weiß, daß er Sonntag morgens um 6 Uhr von Wache gekommen sei; er habe sich schlapp gefühlt, in der Kantine zwei oder drei Glas Bier getrunken und sich dann zu Bett gelegt. Dann fehlt ihm angeblich jede Erinnerung für alle weiteren Vorkommnisse bis zu dem Augenblicke, wo er auf See wieder „zu sich kam". Auf die Frage, weshalb er weggelaufen sei, sagt er: „Ich weiß auch nicht, wie es kommt; ich bin vorher immer so aufgeregt. Wie es nachher kommt, weiß ich nicht," und ein anderes Mal: „dabei bin ich so aufgeregt; da ist es so, als ob ich weg müßte, ich weiß selber nicht, wie das kommt".

Alle diese Angaben machte B. ohne besondere Affektäußerungen. In der nächsten Zeit bot er nichts Besonderes, nur fiel seine Neigung zum Renommieren auf, wenn er von seinen Fahrten und dem Aufenthalte in Tsingtau erzählte. Die Namen der Ärzte kannte er schließlich, um die der Wärter und Kranken kümmerte er sich nicht, kam auch sonst mit ihnen wenig in Verkehr. Bisweilen traten aber ohne erkennbaren Anlaß Zustände von Verstimmung auf, in denen mit ihm absolut nichts anzufangen war. Er ging dann auf nichts ein, setzte sich in eine Ecke und schwieg sich aus; einmal schimpfte er in einem solchen Zustande auf die Ärzte, die alle verrückt wären.

Am 20. Januar war er bei der Morgenvisite heiter, freundlich und geordnet, nur klagte er, wie häufig, über Schmerzen im Kopf. Mittags gegen ³/₄12 Uhr richtete er sich plötzlich im Bette auf, machte mit an den Leib gezogenen Beinen rhythmische Bewegungen vor- und rückwärts, streckte sich dann aus, so daß er nur mit Kopf und Füßen auf der Unterlage ruhte, richtete sich wieder auf, nahm sein Instruktionsbuch, in dem er vorher gelesen hatte, und zerriß es in kleine Stücke, riß auch sein Hemd der Länge nach auseinander. Dann lag er mit halbgeschlossenen Augen, lang ausgestreckt, ruhig da. Auf Nadelstiche keine Reaktion. Gesicht blaß; die passiv erhobenen Arme fielen schlaff herunter, nirgends Spasmen. Auf Anrufen reagierte er zunächst nicht; auch andere Ermunterungs-

versuche blieben vorerst erfolglos. Nach einigen Minuten öffnete er die Augen. Die Pupillen waren bds. gleich, über mittelweit, reagierten träge und wenig ausgiebig auf Lichteinfall. Lid- und Kornealreflex schwach vorhanden. Die Zunge wurde erst, nachdem der Mund sich auf Aufforderung ein wenig geöffnet hatte, mit Nachhelfen eines Spatels herausgestreckt; sie zitterte stark an der Spitze. Verletzungen waren weder hier noch an der Lippenschleimhaut zu erkennen. Auf tiefe Nadelstiche erfolgte noch immer keine Reaktion. Das Kniephänomen war bds. gleich, gesteigert. Patellar- und Fußklonus war nicht zu erzeugen. Atmung etwas beschleunigt, 24 in der Minute; Puls desgleichen, 90 Schläge. Temperatur 36,5. B. war benommen, sah erstaunt umher und gab zunächst nur auf einzelne Fragen, die z. T. mehrfach wiederholt werden mußten, Antwort. Die Ärzte erkannte er nicht. Dann erfolgten die Antworten prompter; jedoch war die Sprache nicht so geläufig als vorher.

Wollen Sie essen? — „Habe schon gegessen." (Stimmt nicht.)
Was denn? — „Braten und Fleisch."
(Es wird eine Stecknadel gezeigt.) Was ist das? —„Ein Fisch."
Fünfmarkstück? — „Gold."
Stethoskop? — „Holz."
Uhr? — „Portemonnaie."

Die Wochentage werden in falscher Reihenfolge, die Monate außerdem noch mit Auslassungen hergezählt. Die Uhr wird falsch abgelesen. B. ermüdet dabei schnell. Als er aus der aufrechten Stellung in die liegende gebracht wird, schließt er die Augen und scheint zu schlafen. Auf tiefe Nadelstiche keine Reaktion. Keine Nahrungsaufnahme. Etwa eine Stunde später traten in beiden kurze Zeit tonisch gespannt gehaltenen Armen klonische Zuckungen auf im Sinne von Beugung und Streckung, die fast zwei Minuten dauerten. Dann lag B. ruhig mit geschlossenen Augen da. Die anfangs noch beschleunigte Atmung verlangsamte sich. Auf Anruf reagierte er nicht, sah bisweilen wie erstaunt umher. Nachts ruhig. Am andern Morgen war B. freier, richtete sich auf Aufforderung auf. Den einen Arzt beachtete er gar nicht, den anderen redete er mit „Exzellenz" an. Auf Fragen ging er nicht ein. Nachmittags ging der stuporöse Zustand weiter zurück. B. wußte nicht, was „ihm passiert" sei, bestritt, sein Hemd und Buch zerrissen zu haben, und war sehr erstaunt, als ihm die Gegenstände gezeigt wurden. Ob er Kopfschmerzen gehabt habe, oder ob ihm dunkel vor den Augen gewesen sei, konnte er nicht sagen. Jetzt habe er heftige Kopfschmerzen auf der Scheitelhöhe und in der Gegend des rechten Stirnhöckers, auch fühle er sich sehr abgeschlagen. Die Unterhaltung ermüdet ihn wieder, eine leichte Artikulationsstörung ist noch vorhanden. Auch am folgenden Morgen war er noch nicht ganz frei; er wußte aber, wo er sich aufhielt, und kannte Ärzte und Wärter. Am vierten Morgen war er völlig frei. Er war sehr erstaunt, daß schon Donnerstag sei, daß die Woche fast vergangen. Auf die letzten 1½ Tage

konnte er sich leidlich besinnen, für die übrige Zeit des Anfalls fehlte ihm jede Erinnerung. Die Untersuchung ergab ausgesprochene Anästhesie und Analgesie der linken Körperhälfte auch des bei der Aufnahme hyperästhetischen und hyperalgetischen Bezirks links neben dem Nabel. Man konnte erhobene Hautfalten mit der Nadel völlig durchbohren, ohne daß eine Reaktion erfolgte. B. war erstaunt, die Nadel in der Haut zu sehen. Ferner fühlte sich die linke Körperhälfte kühler an als die rechte und zeigte ischämische Erscheinungen, indem die tiefen Nadelstiche im Gegensatz zu rechts gar nicht oder nur wenig bluteten. Über der rechten Schädelhäfte waren Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit bedeutend vermehrt, durch leise Stiche wurden lebhafte Abwehrbewegungen hervorgerufen, desgleichen wie früher in Supra- und Infraklavikulargegend. Die Anästhesie und Analgesie bestand linkerseits auch an den Schleimhäuten des Mundes und zugänglichen Teils der Nase; Würgreflex nicht auslösbar. Geruch links herabgesetzt. Geschmack auf der linken Seite der Zunge nur für bitter nachweisbar, auch da nicht immer prompt; die übrigen Geschmacksqualitäten links nicht erkannt. Rechts prompte Angaben. Im Bereich der Anästhesie waren die Muskeln des Oberarms und der Brust druckempfindlich. Temperatursinn links erloschen; es konnte hier Erythem erzeugt werden, ohne daß eine Reaktion erfolgte. Abgrenzung auch hier überall genau der Medianlinie entsprechend. Muskelsinn auf der linken Seite sehr stark herabgesetzt, stereognostischer Sinn erloschen. Lid- und Kornealreflex links < rechts. Gesichtsfeld beiderseits für Weiß konzentrisch deutlich eingeengt. Linker Ileakalpunkt druckempfindlich. Kniephänomen bds. gleich, sehr lebhaft; kein Fuß- oder Patellarklonus. Bei Fußaugenschluß etwas Schwindelgefühl; B. taumelt einige Sekunden, fällt dann um. Gang bei geschlossenen Augen sehr unsicher. Über die Feststellung der Empfindungslosigkeit der linken Körperhälfte ist B. sehr erstaunt und äußert spontan, es sei ihm schon immer aufgefallen, daß er auf der rechten Schulter nichts habe tragen können (z. B. Spaten), „da habe es so gestochen", während er links schwere Lasten tragen konnte. Auch habe er mit der linken Hand auf harte Gegenstände, z. B. Steine, fest draufschlagen können, ohne etwas zu spüren.

Am 6. Februar nach plötzlich auftretender Verstimmung ein zwei Minuten dauernder Zustand von Benommenheit. B. taumelte, setzte sich rechtzeitig in einen Sessel, antwortete auf Fragen nicht. Bei Prüfung der Druckpunkte unmittelbar nachher gab er an, „es werde ihm schwarz vor den Augen, es drehe sich alles". Später keine Erinnerung an den Zustand.

12. Februar abends wurde B. suggeriert, er bekäme am nächsten Morgen einen Anfall. 13. Februar morgens verwirrt, zog sein Zeug links an, gab auf Befragen an, gestern nicht hier gewesen zu sein. Atmung etwas beschleunigt. Auf Fragen zunächst keine Reaktion, dann Aufrichten auf Aufforderung. Auszug aus dem Interrogatorium:

3 + 1 = 8. 8 : 2 = 0. 7 + 1 = 11. 11 + 1 = 12. 12 + 1 = 15.
Welcher Tag heute? — „Dienstag." (Stimmt nicht.)
Wieviel Tage hat die Woche? — „6."
Wieviel Tage hat das Jahr? — „Noch drei Tage."
Wo sind Sie hier? — „Bin schon lange nicht mehr hier."
Was sind Sie? — „Weiß ich nicht."
Wieviel Finger haben Sie? — (Betastet sie einzeln.) „Überhaupt keinen."
Wieviel Ohren haben Sie? — „7".
Wo sind die? — „Die sind nicht hier."
Nachmittags keine Erinnerung.

Die Untersuchung kurz vor der am 16. Februar stattfindenden Entlassung ergab, daß die Anästhesie im Oberarm und in den Fingerspitzen links geschwunden war; im übrigen war der Befund unverändert.

Wenden wir uns der Beurteilung des Krankheitsbildes zu, so steht hier zunächst im Vordergrunde der Schwachsinn. Über erbliche Belastung ist bei B. nichts Bestimmtes in Erfahrung gebracht. Daß er erst mit zwei Jahren hat sprechen lernen, weist schon auf eine intellektuelle Entwicklungshemmung hin. In der Folgezeit traten die Erscheinungen hierfür deutlicher hervor. Besonders wertvoll sind hier die Aussagen des Lehrers, dem B. zehn Jahre lang bekannt war. Er hält ihn für „nicht nur sehr beschränkt, sondern geistig defekt". Aus der dritten Klasse einer fünfklassigen Schule — „eine sehr große Seltenheit" — wurde er konfirmiert. Berücksichtigt man weiter seine spätere Lebensführung, wo er seine Stellungen wegen ungenügender Leistungen oft nach kurzer Zeit aufgeben mußte, wo er sich schließlich rein mechanischen Arbeiten zuwandte, zieht man ferner während der Dienstzeit seine Stellung den Kameraden gegenüber in Betracht, so leidet es wohl keinen Zweifel, daß es sich um ein intellektuell schwachsinniges Individuum handelt. Diese Annahme wird durch das Ergebnis der Untersuchung vollauf bestätigt. Neben sehr mangelhaften Kenntnissen auf allen Gebieten fiel besonders eine hochgradige Urteilsschwäche auf.

Weiter hat die Beobachtung die Symptome eines Dämmerzustandes ergeben, der als hysterischer aufzufassen ist.

Die gehäuften körperlichen und psychischen Stigmata, die durch die Untersuchung festgestellt wurden, wiesen schon auf eine hysterisch psychopathische Konstitution hin. Auf dem Boden dieser hysterischen Anlage kam es zur ausgebildeten Psychose. Nachdem

kurz vorher über Schmerzen im Kopf geklagt war, setzte plötzlich ein kurze Zeit andauernder Krampfanfall ein, im Anschluß daran zerriß B. mehrere Gegenstände und verfiel dann in einen Zustand von Bewußtseinsstörung, aus dem er zunächst nicht aufgemuntert werden konnte. Nach einiger Zeit hellte sich aber das Bewußtsein auf; man erhielt auf Fragen, die allerdings zum Teil wiederholt werden mußten, Antwort. Dabei trat eine Verlangsamung der Auffassung und des Vorstellungsablaufes deutlich in die Erscheinung. Die gleiche Beobachtung haben *Westphal*[1]) und *Raecke*[2]) gemacht. Ferner fiel eine leichte Störung der Artikulation auf, wie sie auch von *Fürstner*[3]) und *Vorster*[4]) wiederholt beobachtet wurde.

Was den Inhalt betrifft, so waren die Antworten auf einfachste Fragen größtenteils so widersinnig, als wären sie absichtlich falsch und möglichst albern gegeben. Vorgehaltene, allgemein bekannte Gegenstände wurden falsch benannt, Wochentage in falscher Reihenfolge, die Monate außerdem noch mit Auslassungen hergezählt, die Uhr falsch abgelesen usw. Wir haben hier das Symptom des „Vorbeiredens" (*Ganser*) in ausgesprochener Weise vor uns. Die Forderung, die *Henneberg*[5]) gestellt hat, daß man von dem *Ganser*schen Symptom nur sprechen dürfe, wenn auf eine größere Zahl von Fragen unsinnige Antworten gegeben würden, ist erfüllt. „Die Antwort", sagt *Ganser*[6]), „liegt immer in der Richtung der gestellten Fragen, so daß man nicht bezweifeln kann, daß der Kranke die Fragen wenigstens im allgemeinen aufgefaßt hat, er geht aber mit ganz besonderer Vorliebe an der richtigen Antwort vorbei." So legte auch B. in seinen Antworten auf einfachste Fragen eine so verblüffende Unkenntnis an den Tag, wie er sie trotz seiner mangelhaften Kennt-

[1]) *A. Westphal*: Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurolog. Zentralblatt 1903.

[2]) *Raecke*: Über hysterische Schlafzustände. Berl. Klin. Wochenschr. 1904, Nr. 51.

[3]) *Fürstner*: Deutsche Klinik, Bd. VI.

[4]) *Vorster*: Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatsschr. f. Psych. und Neurologie, Bd. XV.

[5]) *Henneberg*: Über das Gansersche Symptom. Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 61, 1904.

[6]) *Ganser*: Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 38. Bd., 1. H. Berlin 1904.

nisse vorher nicht gezeigt hatte, und wie sie auch später, nach Abklingen des Zustandes, bei ihm nicht bestand.

Es ist von einigen Autoren mit Recht hervorgehoben, daß man die unsinnigen Antworten aus den Kranken gewissermaßen h e r a u s - f r a g e n könnte; besonders erwähnt *Henneberg*[1]), daß man das Symptom hervorrufen könnte, wenn man die Patienten mit den Fragen gleichsam überrascht. Es trifft dies für die ersten Fragen in unserem Falle nicht zu. Die erste Frage, die gestellt wurde, konnte nichts Überraschendes für den Kranken haben, da sie ganz den äußeren Umständen entsprach. Erst aus der Antwort auf diese und die nächsten Fragen, die mit der ersten im Zusammenhang standen, wurden wir auf das Symptom aufmerksam und schlossen die übrigen Fragen an.

In Übereinstimmung mit den Angaben *Gansers* gab B. durch mürrischen Gesichtsausdruck seine U n l u s t deutlich zu erkennen. Einzelne Fragen mußten, wie erwähnt, mehrfach wiederholt werden, ehe er sich zu einer Antwort bequemte. Dabei waren weder ein Affekt noch Sinnestäuschungen nachzuweisen, durch die die Denkhemmung hätte erklärt werden können. Die Schwere der Denkhemmung ging auch daraus hervor, daß B. z. B. auf die Frage nach der Zahl seiner Finger diese einzeln betastete und wieder betastete, ehe er antwortete. Die Merkfähigkeit, die schon vorher herabgesetzt war, war es hier in noch verstärktem Maße, so daß die Fragen mehrfach schon nach kürzester Zeit nicht wiederholt werden konnten. *Ganser* betont ferner, daß die Kranken sich gar nicht ärgern über die niedrige Einschätzung ihrer Intelligenz. Auch bei B. war von einer Entrüstung über die Einfachheit der Fragen nichts zu merken; er gab sich stets Mühe, dieselben zu beantworten.

Der G r a d d e r B e w u ß t s e i n s s t ö r u n g war ganz verschieden. Kurze Zeit war sie so stark, daß auf Anrufen oder sonstige Ermunterung überhaupt keine Reaktion erfolgte; dabei deutete der leere Blick schon auf die Schwere des Zustandes hin. Meistens jedoch kam B. Aufforderungen, wenn auch erst nach geraumer Zeit, nach und antwortete dann auf Fragen, wobei allerdings die Verlangsamung der Auffassung und des Vorstellungsablaufes noch deutlich zutage trat. Dabei war er völlig unorientiert. Der Übergang in den klaren

---

[1]) l. c.

Zustand erfolgte allmählich, schubweise. Nachdem er wieder eingetreten war, bestand völlige Amnesie. B. hatte keine Erinnerung an die Vorgänge, wußte überhaupt nicht, daß jemand an seinem Bette gestanden hatte, und bestritt energisch, derartige Antworten gegeben zu haben. Als ihm die Aufzeichnungen darüber vorgelesen wurden, lachte er verwundert. Ebenso erstaunt äußerte er sich darüber, daß die Woche schon so weit vorgeschritten sei. Im übrigen war ein geistiger Ausfall nicht festzustellen.

Ganser hat bei seinen Beobachtungen stets eine mehr oder weniger ausgedehnte Gefühlsstörung der Haut feststellen können. Auch in unserm Falle sind Hautstörungen vorhanden: vor dem Anfall bestand abgesehen von einem hyperästhetischen Bezirk links neben dem Nabel halbseitige Hypästhesie und Hypalgesie, nach Ablauf des Zustandes ausgesprochene hemilaterale Anästhesie und Analgesie, die sich auch auf die Schleimhäute erstreckte; ferner Hyperästhesie und Hyperalgesie der rechten Schädelhälfte, die hier vorher nicht nachgewiesen war. Eine Änderung in dem Befunde der Hautstörung war in dem Intervall zwischen den beiden Anfällen nicht zu verzeichnen; dagegen war am dritten Tage nach dem zweiten Anfall eine solche insofern nachweisbar, als im linken Oberarm und in den Fingerspitzen der linken Hand die Berührungs- und Schmerzempfindlichkeit nahezu normal, der Temperatursinn völlig wiederhergestellt war.

Endlich war noch ein weiteres konstantes Symptom, der Kopfschmerz, vorhanden. Nach *Ganser*[1]) wird er immer in die Stirn und in beide Schläfen lokalisiert; auch *Raecke*[2]) hebt den Stirnschmerz besonders hervor. In unserm Falle wurden die Schmerzen auf den Scheitel und die Gegend des rechten Stirnhöckers verlegt.

Differentialdiagnostisch könnte nur epileptische Psychose in Frage kommen. Symptome, die auf diese Genese hindeuteten, sind nicht beobachtet worden. Daß die Zustände von Wandertrieb in diesem Sinne nicht ohne weiteres verwertet werden können, ist nach den eingangs erwähnten Untersuchungen *Heilbronners* sichergestellt. Auch die träge und wenig ausgiebige Pupillenreaktion, die im Anfall festgestellt wurde, berechtigt nicht zu dieser Annahme,

---

[1]) l. c. [2]) l. c.

seitdem diese Erscheinung von *Westphal* und *Karplus* auch im hysterischen Dämmerzustande beobachtet wurde. Dagegen sprechen, abgesehen von den begleitenden Symptomen, die weiteren Erscheinungen für hysterische Genese. Zunächst ist hier der kurze Zeit andauernde Ohnmachtsanfall zu nennen, vor dessen Einsetzen B. noch rechtzeitig eine bequeme Sitzgelegenheit erreichen konnte; ferner die Beeinflußbarkeit der Krankheitserscheinungen, indem es gelang, einen ähnlichen Zustand von Bewußtseinsstörung mit Vorbeireden und Erinnerungsdefekt durch Suggestion zu erzeugen. Besonderes Gewicht ist endlich auch auf den Nachweis eines Zusammenhanges der Sensibilitätsstörungen, was Ausbreitung und Intensität betrifft, mit den Anfällen zu legen.

Gegen den Einwand, daß es sich um Simulation handeln könnte, spricht besonders der Befund an den Pupillen. Die erwähnte Änderung der Empfindungsstörungen der Haut in Abhängigkeit von den Anfällen macht ein weiteres Eingehen auf diese Frage wohl überflüssig.

Wenden wir unsere Aufmerksamkeit den Zuständen von Wandertrieb zu, so erfahren wir, daß sie bei B. schon in frühester Jugend auftraten. Es ist aktenmäßig festgestellt, daß B. sich schon während der Schulzeit wiederholt von Hause entfernte und tagelang umhertrieb. Eine Bestrafung von seiten der Schule erlitt er nicht, da ihm nach Ansicht des Lehrers jedes Schuldbewußtsein fehlte. Während der Lehrzeit traten ebenfalls öfters solche Zustände auf, ohne daß ein erkennbarer Grund dafür vorgelegen hätte. Die Erfahrung, daß es bei diesen Individuen während der militärischen Dienstzeit zu Rezidiven kommt, bestätigt sich auch in unserm Falle. Beim Militär machte B. 1907 einen Versuch zur Fahnenflucht, der ihm eine schwere Strafe einbrachte. Kaum hatte er diese verbüßt, als er schon wieder wegen des gleichen Vergehens unter Anklage gestellt wurde. In den Vernehmungen über den letzten Fall behauptete er, nicht zu wissen, wie er sich aus seiner Garnison entfernt habe, noch wie er an Bord des fremden Dampfers gekommen sei.

Autoanamnestisch kann er über die Entweichungen vor seinem Diensteintritt genauere Angaben nicht machen. Er weiß angeblich nur noch, daß er aus Furcht vor Strafe sich nicht getraut habe, zurückzukehren; er habe sich zu Verwandten begeben, die ihn zurückgebracht

hätten. Über den letzten Fall äußert er sich: „Ich weiß nicht, weshalb ich schon wieder wegen Fahnenflucht bestraft werden soll. Ich weiß nicht, warum ich das erstemal wegen Fahnenflucht bestraft bin." Er solle sich damals von Tsingtau aus auf einen japanischen Dampfer begeben haben, von wo er durch eine Patrouille zurückgeholt sei. Er wisse aber von nichts. Als Veranlassung für das Fortlaufen komme in Betracht, daß er in der letzten Zeit in steter Angst gelebt habe. In dem Zimmer auf dem Fort nämlich, wo er mit dem Reinigen von Munitionsteilen beschäftigt sei, gibt er an, hätte ein Kasten mit scharfen Patronen gestanden; der Unteroffizier hätte davon wiederholt einige zum Entenschießen verwandt und die Eintragungen des Offiziers durch Radieren geändert. Da er dem Unteroffizier die Patronen habe holen müssen, habe er stets in Angst vor Entdeckung gelebt. Wie er weggekommen sei, wisse er nicht. Wegen der Unterschlagung, die ihm zur Last gelegt wurde, habe er keine Angst gehabt. Er habe die Uniformstücke, die er unterschlagen haben sollte, in Gegenwart der Kameraden für diese an seine Landsleute, die beim Seebataillon standen, verkauft und mit dem Gelde die Zeche bezahlt, die seine Stubengenossen auf seine Rechnung gemacht hätten. Er habe immer für alle bezahlen sollen. Das habe er nicht gekonnt, deshalb habe er es für sein Recht gehalten, die Schulden, die seine Kameraden gemacht hätten, von dem Gelde zu bezahlen. In den Vernehmungen habe er immer „jawohl" gesagt; seine Kameraden hätten ihm das geraten, dann käme er am leichtesten dabei weg. Wenn soviele Leute dabei wären wie vor Gericht, dann könne er überhaupt nicht reden.

Diese Angaben stehen ganz im Widerspruch mit den Akten, die uns nach Abgabe des Gutachtens aus Tsingtau zugesandt wurden. Danach hat B. in den Vernehmungen zugegeben, sich in Uniform an Bord eines japanischen Dampfers begeben zu haben, um zu desertieren. In der Hauptverhandlung gab er an: „Einen Grund für meine Entfernung kann ich nicht anführen." In der Urteilsbegründung heißt es: „Es kann sein, daß die Furcht vor Strafe, die er wegen Unterschlagung zu erwarten hatte, in ihm den Gedanken entstehen ließ, zu fliehen. Dieser Gedanke konnte um so eher in ihm entstehen, als er anscheinend eine gewisse Neigung zum fessellosen Umherschweifen hat. Es kommt noch dazu, daß die Gegenvorstellungen, die das militärische Leben im Kreise der Kameraden unter den Augen

von Offizieren wohl hervorgerufen hätte, bei dem Angeklagten schwächer wurden, weil er seit längerer Zeit zum Arbeitsdienst kommandiert und meist sich selbst überlassen war. Hier mag in dem Angeklagten, der schon in der Kaserne nach Aussage des Zeugen F. still vor sich hin gelebt hatte, zuerst der Gedanke entstanden sein, wegzulaufen. Es bedurfte dann nur eines geringfügigen Anlasses, um den Gedanken zur Reife kommen zu lassen."

Nach diesem Material ein klares Urteil über die Entweichungen vor dem Diensteintritt zu erhalten, ist wohl ausgeschlossen. Über hysterische Krankheitserscheinungen, besonders über Krampfanfälle in der Jugend, ist nichts Sicheres bekannt geworden. Vielleicht sind die Zustände während der Schulzeit, in denen mit B. nichts anzufangen war, und in denen er dem Lehrer den Eindruck machte, als sei er zu einem planmäßigen Handeln unfähig, in diesem Sinne zu verwerten und als hysterische Affektstörung aufzufassen. Der Annahme, daß es sich auch bei den früheren Entweichungen um solche im hysterischen Dämmerzustande gehandelt habe, steht jedenfalls nicht entgegen der Umstand, daß Symptome einer hysterischen Psychose der Umgebung nicht aufgefallen sind. Wahrscheinlich hat hier auch der Schwachsinn seinen Einfluß geltend gemacht. Wenngleich er nach *Heilbronner*[1]) als Erklärung für diese eigentümlichen Umstände allein nicht ausreicht, so sind doch die Fälle selten, wo er überhaupt vermißt wird; *Heilbronner* hat ihn nur in einem Falle ausschließen können. Andrerseits hat *Ganser*[2]) wiederholt Wanderungen bei Kindern beobachtet, bei denen später nur ein leichter Schwachsinn nachweisbar war.

Über auslösende Momente weiß B. keine Angaben zu machen. Bei Erhebung der Autoanamnese gab er spontan an, er habe zum Schmiedehandwerk keine Neigung gehabt. Vielleicht ist also Unlust zu dem aufgedrungenen Berufe hier von Einfluß gewesen. *Heilbronner*[1]) hat bei seinen Fällen auch „unsympathische Berufspflichten" als äußeres Moment feststellen können. Für die Entweichungen während der Schulzeit sind vielleicht die „bedrückenden Verhältnisse" in der Schule, wo B. nicht „mitkonnte",

[1]) l. c.
[2]) *Ganser*: Disk. Ref. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. LV. 1898.

T a d e l und S t r a f e n heranzuziehen, obwohl diesbezügliche Fragen verneint werden.

Anders liegen die Verhältnisse bei der ersten Fahnenflucht. B. gibt hier selbst A n g s t als veranlassenden äußeren Faktor an. Ein nicht geringer Einfluß ist ferner dem dauernden Mangel an B e a u f s i c h t i g u n g des äußeren Einwirkungen wenig Widerstandsfähigen zuzuschreiben, wie es auch in der Urteilsbegründung angenommen und näher ausgeführt wird.

Es ist hierbei vorausgesetzt, das die Angaben über die fehlende Erinnerung auf Wahrheit beruhen. Ob dies tatsächlich der Fall ist, oder ob es sich um eine Teilerscheinung der Krankheit, die mangelnde Reproduktionstreue, handelt, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. B. ist ja während der Beobachtungszeit durch Übertreibungen wiederholt aufgefallen. Andrerseits machte es aber den Eindruck, als befleißigte er sich gerade in seinen Angaben über die Entweichungen größter Genauigkeit. „Die Unzuverlässigkeit der Hysterischen, soweit es sich um Aussagen über bestimmte Vorkommnisse handelt, darf nicht verallgemeinert werden“ *(Fürstner)*[1]). Die Glaubwürdigkeit seiner Angaben vorausgesetzt, geht die Beeinflußbarkeit des B. aus den Verhandlungen deutlich hervor. Nach seiner Darstellung hat er alle Fragen über Einzelheiten der Entweichungen, die ihm gar nicht erinnerlich waren, unumwunden bejaht, da die Kameraden es ihm geraten hatten.

Einen besonderen äußeren Anlaß für die zweite Fahnenflucht kann B. nicht anführen. Auch die Untersuchung hat in diesem Sinne nichts ergeben. *Binswanger*[2]) hebt den schädlichen Einfluß k ö r p e r l i c h e r Ü b e r a n s t r e n g u n g e n und g e m ü t l i c h e r S c h ä d i g u n g e n gerade bei den in der A r m e e beobachteten Fällen von Hysterie hervor. Auf der langen Seereise von Tsingtau nach Deutschland hat B. in seiner nahe bei den Kesseln gelegenen Arrestzelle sehr unter der H i t z e gelitten und heftige K o p f s c h m e r z e n gehabt. Dann kam der mehrere Monate dauernde Aufenthalt im Gefängnis. Gleich nach der Entlassung erhielt er eine Arreststrafe von sieben Tagen. Während er diese verbüßte, litt er wieder sehr an K o p f -

[1]) *Fürstner*: Die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen. Arch. f. Psych. Bd. XXXI. 1899.

[2]) *Binswanger*: Die Hysterie. Wien 1904.

schmerzen und wollte sich am Ende krank melden, weil er sich äußerst schlapp fühlte, unterließ es aber, um nicht als Drückeberger zu erscheinen. Ferner gab er an, wenn er während der Arrestzeit aus der dunklen Zelle in eine helle kam, sei er ganz traurig geworden. Schließlich hat er in der Nacht vor der Entweichung als Posten Dienst getan. Danach habe er sich so schlapp gefühlt, daß er sich nach Genuß einiger Glas Bier zu Bett gelegt habe. Es sind dies Schädigungen, die als äußere Momente sehr wohl in Frage kommen können, insbesondere mag auch der Alkohol bei dem intoleranten Individuum begünstigend mitgewirkt haben.

Wir sind in unserm Fall, wie es wohl die Regel ist, nicht nur bei der Ergründung der veranlassenden äußeren Momente, sondern auch bei der Entscheidung darüber, ob Amnesie besteht oder nicht, allein auf die Angaben des Angeklagten angewiesen. Auf uns haben diese Angaben, daß er nicht wisse, wie er aus seiner Garnison sich entfernt habe und auf das fremde Schiff gelangt sei, einen durchaus glaubwürdigen Eindruck gemacht. Wir nehmen daher auf Grund der beobachteten Erscheinungen an — und in diesem Sinne ist auch das Gutachten erstattet —, daß die Fahnenflucht in einem hysterischen Dämmerzustande unternommen war, der vielleicht unabhängig von andern paroxysmalen Krankheitserscheinungen auftrat und mehrere Tage bis zu dem Erwachen auf hoher See bestand. Daß dabei auch der Schwachsinn, dem die hysterische Psychose gewissermaßen aufgepfropft ist, wohl mitgewirkt hat, ist oben schon hervorgehoben.

Zur pathologischen Anatomie der Pellagra.[1])

Von

Dr. **Hugo Lukács,** Assistent, und Dr. **Rudolf Fabinyi,** Oberarzt.

Daß „Mais und Elend“ die Ursachen der Pellagra seien, wie der italienische Volksmund meint, haben die Forschungen der Wissenschaft bestätigt. Auch in den von Rumänen bewohnten Dörfern Siebenbürgens stellt sich die Pellagra als natürliche Folge beider Faktoren ein, doch sind die Verhältnisse bei uns bedeutend günstiger. Eine so hohe Ziffer wie bei der Bevölkerung des Potales (zeitweise 50%) erreichen die Erkrankungsfälle bei uns nie. Diese Tatsache widerspricht an und für sich der Theorie, derzufolge die Pellagra durch Inanition entsteht *(Lusani)*, da es nach ihr unverständlich wäre, weshalb die Krankheit seltener in unseren unfruchtbaren Bergen als in dem reichen Potale auftritt.

Bezüglich der ethnographischen Verhältnisse ist zu bemerken, daß die Gebirgsbewohner, soweit wir auf Grund unserer Erfahrung und der einschlägigen ungarischen Literatur schließen können, ebenso wie die Bewohner der Alpenhöhen im Trentogebiete von der Krankheit verschont bleiben. In Siebenbürgen werden in steter Reihe die Rumänen von der Pellagra befallen. Doch kommen vereinzelte Fälle auch bei anderen Nationalitäten vor, aber nur dort, wo dieselben zwischen den Rumänen zerstreut wohnen und die Lebensweise derselben angenommen haben. Übrigens liefern unsere Erfahrungen, die Ergebnisse einer von Prof. *Lechner* und Prof. *Purjesz* angeregten fachwissenschaftlichen Expedition, die Untersuchungsresultate einer vom Ministerium entsendeten Kommission, sowie die ungarische Literatur über die Pellagra den Beweis dafür, daß auch bei der rumänischen Be-

[1]) Aus der Klinik für Nerven- und Geisteskranke zu Kolozsvár in Ungarn. Direktor: Prof. Dr. *Karl Lechner.*



völkerung die Ursache der Entstehung der Pellagra nicht im ausschließlichen Maisbrotgenuß zu suchen sei, da dieser in Siebenbürgen weder überall gebräuchlich, noch unbedingt notwendig erscheint. Mit Ausnahme eines von *Takács* berichteten Falles, war auch der Mais nicht verdorben vorgefunden. Doch bestätigt sich die Erfahrung *Lombrosos*, daß sich in schlechten Jahren bei Verbrauch von importiertem Mais die Erkrankungen häufen. Natürlich ist auch in Siebenbürgen die Pellagra eine Krankheit der ärmeren Klassen, doch tritt sie ausnahmsweise auch bei wohlhabenden Bauern auf.

Trotzdem heute kaum noch ein Zweifel darüber bestehen kann, daß Maisbrotgenuß und Pellagra in engem Zusammenhange stehen, ist die ätiologische Frage bei weitem noch nicht gelöst. Sogar das ist noch fraglich, ob auch der gesunde, oder bloß das schimmelige Mais die Krankheit verursachen kann? Letztere Ansicht vertritt *Lombroso*. Eine neue Wendung erfuhr die Frage, als *Majocchi* behauptete, in dem Blute Pellagröser Bakterien gefunden zu haben. *Paltauf* konnte *Majocchis* Befund nicht bestätigen, doch machte er auf die Möglichkeit aufmerksam, daß Parasiten im Maise Toxine erzeugen, die der Pellagra ähnliche Symptome hervorrufen können.

Neußer stellte eine Theorie der Autointoxikation auf. Nach ihm entstehen beim Genusse von Maisspeisen bloß in den schon erkrankten Eingeweiden Toxine. Nach *Giaxa* wäre in diesem Falle das Bacterium coli commune der Krankheitserreger. Tatsache ist es, daß auf Maisboden gezüchtete Kolonien des Bacteriums eine erhöhte Virulenz und Toxinbildung zeigen.

Heute bilden hauptsächlich Hyphomyceten das Objekt der Untersuchung. *Gosio* untersuchte die toxinbildende Wirkung der Hyphomyceten auf Maisboden. Dr. *Pietro* experimentierte hauptsächlich mit Penicillium glaucum. Er suchte zu eruieren, ob die Toxine in dem Nährboden oder aber in den Pilzen selbst entstehen, und kam zu dem Ergebnisse, daß die Toxinbildung vom Nährboden unabhängig sei. *Ceni* behauptet, daß die Pellagra eine parasitär-toxische Erkrankung sei. Die Hyphomyceten gelangen mit dem Nährboden in den Organismus und entwickeln hier ihren deletären Einfluß. Den Krankheitserreger bilden verschiedene Arten von Aspergillus und Penicillium, deren toxische Wirkung nach Arten verschieden ist. Etliche Arten von Penicillium z. B. wirken exzitierend und verursachen Krämpfe, andere Arten von Aspergillus wirken deprimierend und verursachen Lähmungen. Er behauptet, daß die Toxinbildung in den verschiedenen Jahreszeiten verschieden intensiv sei, am stärksten im Frühjahre zurzeit der Sporenbildung. Seiner Meinung nach

wären die eigentlichen Krankheitserreger die Sporen. Im Winter werden auch die Symptome der Pellagra leichter, im Frühjahre exacerbieren sie. Es ist noch zu bemerken, daß *Elena Mani* und *Babes* ein Serum erzeugten, das die pellagrösen Symptome zu unterdrücken, bei Gesunden pellagröse Symptome hervorzurufen imstande ist.

Von infektiöser Übertragung kann nicht die Rede sein. Nie hat man wahrgenommen, daß sich die Krankheit von einem Individuum auf das andere übertrug, selbst dann nicht, wenn alle Vorbedingungen, ja sogar auch die von *Zartarini* hervorgehobene erbliche Belastung vorhanden waren.

Gewiß ist, daß die Pellagra entweder die Folge endogener oder exogener chronischer Intoxikation ist. Der beste Beweis hierfür ist, daß durch Vermeidung schädlicher Nährstoffe und Besserung der hygienischen Verhältnisse die Pellagra geheilt wird.

Auch der pathologisch-anatomische Befund spricht für eine chronische Intoxikation.

Wir untersuchten histologisch das zentrale Nervensystem dreier Fälle. die drei Fälle sind die folgenden:

I. F. K., 62jähriger, griechisch-katholischer rumänischer Taglöhner.

Der Vater war geisteskrank. Lues wird in Abrede gestellt. Pat. trank in kleinerem Maße gewöhnlichen Schnaps. Sein Hauptnährmittel bestand in Roggenbrot. Im Frühjahr verlor er einen Prozeß, seitdem ist er schwermütig. Seit einigen Wochen geht er unruhig umher, jammert immerfort, läßt sich mit niemandem in ein Gespräch ein. Sein Gang ist unsicher. Seit Monaten hat er sich nicht gewaschen.

Status praesens: Von mittlerem Wuchse, stark abgemagert. Dolychocephal, das occiput ist abgeplattet. Der weiche Gaumen hebt sich während des Sprechens kaum, das Schlucken wird ihm schwer, Flüssigkeiten werden regurgitiert. Die Hautfarbe ist bleich, die Haut ist an den Hand- und Fußrücken bläulich-braun verfärbt, schuppt sich ab, mehrere krustige Geschwüre. Ein ähnliches Geschwür an dem rechten Knie. Die Haut rötet sich auf den kleinsten Druck, sogar Suffusionen entstehen.

Er bewegt sich langsam, schwer, kraftlos, ist in großem Maße atonisch. Sehnenreflexe sind nicht zu erzielen, ebensowenig die Hautreflexe. Die Pupillen sind mittelweit, gleichgroß, reagieren gut.

Die Hautempfindlichkeit kann nicht untersucht werden.

Tiefe Demenz, er stößt zeitweise unruhige, tierische Laute hervor. Fortwährende impulsive Bewegungen.

Der Kranke starb unter den Symptomen einer Pneumonie.

Resultat der Sektion: Pneumonia fibrinosa lobi superioris dextri. Bronchitis. Emphysema pulmonum. Atrophia cordis, lienis et renum.

Cystae utriusque renis. Hepar moschatum minoris gradus. Enteritis intest. crassi. Marasmus.

II. G. M., 53jähriger, griechisch-katholischer rumänischer Taglöhner.

Die anamnestischen Angaben sind mangelhaft. Nur so viel war zu erfahren, daß er unmäßiger Alkoholiker war. Er wurde drei Wochen lang in der Klinik für innere Krankheiten unter der Diagnose Pellagra behandelt und schließlich wegen seines unruhigen Betragens auf die psychiatrische Klinik übergeführt.

Status praesens: Der Kranke ist von mittlerer Statur, stark abgemagert. Der Schädel ist unregelmäßig, an dem Scheitel eine Querfurche, Occiput abgeplattet. Der zahnlose Unterkiefer ist atrophisch. Die Ohren sind unregelmäßig gespitzt.

Die Haut der unteren Extremität bis zum Knie ist dunkler, rosenrot, an dem Handrücken neugebildete rosenrote Haut. An der Nase und an der rechten Wange erweiterte Venen.

Die Muskulatur ist erschlafft. Der Kranke kann nur vorgebeugt stehen. Die mechanische Erregbarkeit der Muskeln ist gesteigert. Allgemeiner Tremor. Pat. geht auf breiter Basis mit kleinen, trippelnden Schritten vorwärts. Die Hände sind ungeschickt. Die Sehnen- und Hautreflexe sind gesteigert. Die Pupillen gleichgroß, verengt, reagieren gut.

Emphysema. Er hustet viel. Der Kranke ist dement, inkohärent, oft aufgeregt.

Er starb unter den Symptomen einer Lungengangrän.

Das Resultat der Sektion: Hydrocephalus internus chronicus. Cavernae gangraenosae demarcatae lobi medii et inferioris pulmonis dextri cum pneumonia haemorrhagica ex aspiratione lobi inferioris. Synechia pulmonis dextri. Oedema, hyperaemia et haemorrhagia lobi inferioris pulmonis sinistri, thrombosis ramosa arteriae pulmonalis eiusdem lobi. Synechia pericardii totalis. Splenitis hyperplastica. Cicatrices renum. Atrophia mucosae intestinorum.

III. L. G., 40jähriger, griechisch-katholischer rumänischer Taglöhner.

Erblich nicht belastet. Alkoholismus wird konzediert. Hat vier gesunde Kinder. Er wurde aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit der Diagnose Pellagra übergeführt.

Status praesens: Mittelgroßer Kranker, in hohem Grade abgemagert. Der Schädel ist symmetrisch, die Ohrläppchen angewachsen. An den beiden Händen ist die Haut olivengrün-bräunlich verfärbt, stellenweise rosenrote, neugebildete, dünne Haut. Die Nägel sind geborsten.

Der Gang des Kranken ist unsicher. Patellarreflex ist nicht zu erzielen, die Hautreflexe auch nicht. Die Hautempfindlichkeit ist in großem Maße herabgesetzt. Die Pupillen sind gleichgroß, reagieren träge. Der Kranke ist dement, vollkommener Mutismus. Impulsiv bewegt er sich unaufhörlich. Er ernährt sich mangelhaft.

Er starb unter den Symptomen einer Bronchopneumonie.

Das Resultat der Sektion: Bronchopneumonia lobi inferioris pulmonis dextri. Bronchitis catarrhalis pulmonis sinistri. Pigmentatio fusca cutis post pellagram dorsi manuum et pedum. Gastritis catarrhalis.

Das klinische Bild der Pellagra, wie wir es auch in den zur Genesung führenden Fällen auf der Klinik zu beobachten Gelegenheit hatten, spricht gegen die *Tuczek*sche Annahme der Systemerkrankung des Rückenmarkes. Es mahnt vielmehr in seiner Variabilität fast an die Hysterie.

Gewiß sind Rückenmarkssymptome sehr häufig. Aber ebenso wie die histologischen Befunde nur ausnahmsweise das Bild von Systemerkrankungen bieten, ebenso gibt das klinische Bild nur ausnahmsweise die Symptomatologie einer einheitlichen Erkrankung. Sehr häufig sind tabische Symptome vorhanden. Aber erstens haben wir die drei Hauptsymptome (Romberg, Westphal, Argyll-Robertson) fast nie nebeneinander gefunden, zweitens lassen die Symptome eine anderweitige Erklärung zu, und drittens entspricht einem tabischen Symptomenkomplexe nicht immer der histologische Befund. Z. B. tabische Erscheinungen bieten Fall I und III. Im Falle III waren diese Symptome ausgesprochener, und doch fehlt gerade in diesem Falle die Degeneration der hinteren Stränge.

Das Fehlen der Patellarreflexe kann durch die häufige Anästhesie, durch die enorme Atonität der Muskeln bedingt sein. Ataxie dieser Kranken ist sehr schwer zu kontrollieren, da Schwindel, Tremor, Atonität sehr konstante Symptome sind. Die träge Reaktion der Pupillen ist bei dem hohen Alter der Kranken (die an der Klinik beobachteten Fälle sind ausnahmlos alte Leute) nicht auf zentrale Ursachen zurückzuführen.

Das Krankheitsbild der Pellagra erinnert oft an Syringomyelie. Veränderungen am Canalis centralis sind auch ein häufiger Befund. Doch die trophischen und anästhetischen Symptome können auch durch die lokale Erkrankung der Haut erklärt werden.

Noch sind Paralysis agitans und die progressive Paralyse zu erwähnen, deren Symptome bei der Pellagra häufig zu finden sind.

Wir halten für das häufigste und charakteristische Symptom die enorme Schwäche der Muskulatur, die hauptsächlich den Eindruck einer Intoxikationserscheinung macht.

Histopathologischer Befund: Da der größte Teil des Befundes in allen drei Fällen der nämliche ist, behandeln wir die drei Fälle behufs Kürze zusammen. Unser Verfahren war das folgende: Aus dem in Formol fixierten und in Celloidin eingebetteten Untersuchungsmateriale verfertigten wir Serienschnitte und färbten letztere nach *Weigert-Wolters*, *Nißl*, *van Gieson* und *Mallori*.

Das Resultat der Untersuchung ergab:

I. Die weichen Hirnhäute waren unversehrt und nur in dem zweiten Falle an manchen Partien des Rückenmarkes etwas verdickt und zellig infiltriert.

II. Die Arterien sind im Verhältnisse zu dem Alter der Kranken auffallend gesund. Unser Befund widerspricht also dem Befunde *Marianis*, der bei der Pellagra die Arteriosklerose als beständigen Befund bezeichnet. Die Erweiterung der perivaskulären Räume fand sich im dritten Falle ausschließlich im Kortex vor, während sie in den übrigen Fällen im Rückenmarke vorherrschte.

III. In allen drei Fällen war der zentrale Kanal des Rückenmarks in großem Maße verändert. In zwei Fällen fanden wir ihn ganz obliteriert, während er in einem Falle äußerst verengt, geschlängelt und verschoben war. In allen drei Fällen war das Gliagewebe der Commissur stark vermehrt. Die Häufigkeit dieses Befundes wird von den meisten Autoren (*Tuczek*, *Golgi*) bestätigt. Es scheint mit dem Wesen der Krankheit im Zusammenhange zu stehen, daß der perivaskuläre Raum aller drei zentralen Arterien in allen Fällen äußerst erweitert ist.

IV. Die markhaltigen Nervenfasern sind in dem Gehirne, Kleinhirne, verlängerten Marke ganz unversehrt. In dem zweiten und dritten Falle sind die Rückenmarksbahnen auch unverändert, während in dem ersten Falle der *Goll*sche Strang, von der Pyramidentrennung angefangen bis an der Höhe des Dorsalmarkes, in graue Degeneration übergegangen ist. Der Markscheidenzerfall ist nirgends vollkommen und ist an der Halsanschwellung am ausgeprägtesten. Aller Wahrscheinlichkeit nach steht dies im Zusammenhange mit dem Befunde, daß, angefangen von der Halsanschwellung, abwärts zunehmend, viele Zellen der hinteren Hörner degeneriert sind. Dadurch würde die Ansicht von *Babes* gestärkt, der gemäß der Zerfall der Markscheiden endogenen Ursprungs ist. Die graue Degene-

ration des *Goll*schen Stranges ist nämlich bei der Pellagra ein besonders häufiges Symptom. *Tuczek* und *Marie* behaupten, daß dieses im Zusammenhange mit dem Ausfalle der Seitenstränge eine charakteristische Systemerkrankung bietet. Wir schließen uns dagegen *Babes* an, der die Degeneration der Rückenmarkstränge eher einer elektiven Erkrankung zuschreibt, die durch den Untergang der spinalen Ganglien verursacht wird, oder es kann auch eine endogene Folge von dem Schwunde der Zellen des Hinterhornes sein. Dafür spricht auch der Umstand, daß viele Fasern unversehrt bleiben. Von Tabes unterscheidet sich die pellagröse Rückenmarkserkrankung erstens dadurch (auch nach den Erfahrungen *Belmondos*), daß sie sich nur in dem cervikalen Marke zeigt, zweitens dadurch, daß die *Lissauer*sche Zone frei ist. Die Zellen der *Clark*schen Säule sind aber in hohem Grade zugrunde gegangen. Die Degeneration der Rückenmarkstränge ist übrigens bei Pellagra häufig (siehe *Bourscharde*, *Brunetti*, *Golgi*, *Marchi*, *Tuczek*, *Marie* usw.).

V. Nervenzellen. Wenn wir nun alle drei Fälle betrachten, so finden wir, daß in der Rinde des großen Gehirnes die Schicht der kleinen Pyramidenzellen überall unversehrt ist. Die der Oberfläche näher liegende (also den kleinen Pyramidenzellen benachbarte) Schicht der großen Pyramidenzellen ist auch unversehrter, während in den tieferen Schichten, besonders in den Gyri centrales, die Nervenzellen schwer erkrankt sind. Die Schicht der polygonalen und Spindelzellen ist auch größtenteils verändert. Die schwerste Form der Nervenzellenerkrankung ist diejenige, wo der Zellenleib angeschwollen, homogen körnig, einfarbig, höchstens an den Rändern ein wenig dunkler ist und den Kern verloren hat (Chromato- und Nucleolysis). Ein leichterer Fall von Degeneration ist es dagegen, wenn der Zellenleib stärker geschrumpft, das Chromatin unregelmäßig verteilt und feinkörnig ist und daneben auch größere Knoten bildet. Der Kern ist trübe und färbt sich auch mehr oder weniger. In dem Nucleolus sind oft schwarze Körnchen zu sehen. Äußerst auffallend ist überall der Befund, daß die Nervenzellen von Gliazellen in immer größerer Zahl umgeben zu sein scheinen, während die Nervenzelle allmählich zusammenschrumpft und schließlich verschwindet. Dieser Prozeß der Gliawucherung wurde auch Phagocytose genannt, da das Bild die Annahme erweckt, als ob die von allen Seiten her angreifenden Zellen

langsam in den Körper der Nervenzelle eindringen und letzteren zertrümmern. Es war strittig, ob wohl der Zerfall der Nervenelemente das Primäre sei und der zurückgebliebene Platz durch die Gliawucherung ausgefüllt werde, oder ob umgekehrt das wuchernde Gliagewebe das Zugrundegehen der Nervenzelle verursache. Beide Prozesse können vorkommen. In unseren Fällen spricht das anatomische Bild für letztere Möglichkeit. Besonders auffallend ist die Veränderung in den Gyri centrales und in den Ammonshörnern, aber auch überall im Kortex. Dieser Befund ist immer in den innersten Schichten der polygonalen und spindelförmigen Zellen am stärksten ausgeprägt, nach außen nimmt die Intensität ab. Daß aber diese Phagocytose wirklich die Folge ausschließlich der Pellagra sei, ist zweifelhaft. Alle drei untersuchten Kranken waren schon genügend alt dazu, so daß das Alter an und für sich schon Ursache zur Gliawucherung und zum Nervenzellenzerfalle bilden konnte.

In den subkortikalen Ganglien fällt die Gliazellenwucherung auf, die Zellenveränderungen sind weniger intensiv.

In dem Kleinhirne sind keine bemerkenswerten Veränderungen.

Unter den in dem verlängerten Marke und in der Brücke liegenden grauen Kernen ist eine Veränderung der sensorischen Nervenzellen kaum zu finden, während die der motorischen intensiv ist. Die Intensität der Erkrankung nimmt nach abwärts zu. Die Zellendegeneration besteht hier besonders in der homogenen, körnigen Anschwellung, in der Chromatolyse und in dem Auspressen des Kernes an die Peripherie. Der Kern kann aber auch ganz aufgelöst sein. Die Kerne des Accessorius sind schon ganz ähnlich den vorderen Hörnern des Rückenmarkes. Gliawucherung ist hier kaum vorhanden.

In dem Rückenmarke ist, wie schon erwähnt, der Canalis centralis fast überall obliteriert. Die sensorischen Zellen der Hinterhörner zeigen mindere Veränderungen, als die äußerst kranken Zellen der Vorderhörner, die am stärksten in der Halsanschwellung erkrankt sind. Am häufigsten ist da die bereits beschriebene Kranzform (an der Peripherie scholliges Chromatin, der Zellenleib ist in der Mitte licht-homogen, hat den Kern verloren). In dem Dorsalmarke sind mehr geschrumpfte Formen vorhanden. Äußerst erkrankt ist die *Clark*sche Säule, deren Zellen eine homogene Anschwellung zeigen,

mit Nucleo- und Chromatolyse, da der Rest des Chromatins an der Peripherie einen Kranz bildet.

Ähnliche Bildungen sind auch in der Lendenanschwellung häufig, aber die Nervenzellen sind hier im Verhältnisse zu dem Dorsal- und Halsmarke ziemlich wohl erhalten.

Bemerkenswert ist die in den Ganglienzellen vorgefundene Körnigkeit, die auch von *Kotzowsky* erwähnt wird. Bei pellagröser Kachexie ist nämlich die Melanose ein beständiges Symptom. Vielleicht sind auch *Tinotti* und *Tedeschi* durch diesen Befund zur Annahme gekommen, daß ein Teil der pellagrösen Erscheinungen durch die Erkrankung der Nebenniere verursacht wird.

Unser Befund bestätigt die Beobachtungen von *Babes* und *Marinesco*, daß nämlich die Zellen der Großhirnrinde gleichfalls erkranken, und zwar haben wir die Veränderungen am ausgeprägtesten in den zentralen Windungen wahrgenommen. Im allgemeinen können wir behaupten, daß der Zerfall der motorischen Ganglienzellen intensiver ist, als der der sensorischen. In dem Rückenmarke sind die Zellen der Vorderhörner besonders angegriffen (*Tonini* spricht von einer Polyomyelitis anterior), die Hinterhörner auch, jedoch unbedeutender (*Marie*: Polyomyelitis posterior).

Wenn wir also die Veränderungen betrachten (unter Berücksichtigung natürlich der senilen Veränderungen), so sehen wir, daß, wie dies von *Tonini* und *Grimaldi* schon früher behauptet und von *Babes* auch bestätigt worden ist, all diese Veränderungen ganz und gar mit denen übereinstimmen, die wir bei den Vergiftungen mit Ergotin, Quecksilber oder auch Aconitum usw. finden und auch experimentell hervorrufen können. Der histopathologische Befund beweist also auch, daß die Pellagra eine Erkrankung toxischer Natur ist.

Die forensische Bedeutung der dementia praecox.[1])

Von

Dr. med. **Richard Sartorius**, Aplerbeck; früher Frankfurt a. M.

Das psychische Leben des Menschen zeigt, wie alles organische Leben in der Natur überhaupt, eine aufsteigende Entwicklung, der nach der Zeit größter Kraftentfaltung ein allmähliches Zurückgehen der geistigen Leistungsfähigkeit folgt, bis das Individuum mit dem Tode diesen Kreislauf der organischen Gebilde vollendet hat. Zweimal während dieses Entwicklungsganges ist die menschliche Psyche am meisten der Gefahr der Erkrankung ausgesetzt, und zwar hauptsächlich in der Zeit der Entfaltung zur Vollreife in der Pubertät, aber auch während der allmählichen Abnahme aller psychischen Funktionen in der Zeit der Altersinvolution. Wie bei zunehmendem Wachstum und vielseitiger Ausgestaltung des Seelenlebens des einzelnen Individuums auch dessen Beziehung zur Umwelt sich immer komplizierter gestaltet, so wird sich auch bei einer Erkrankung der Seele in den Entwicklungsjahren ein Konflikt mit der Umwelt oft als unvermeidlich erweisen, um so mehr, als der Mensch gerade in diesen Jahren zuerst in selbständige Berührung mit anderen Individuen kommt. Es ist daher kein Zufall, daß der Autor, der zuerst im Jahre 1871 das Irresein in den Pubertätsjahren ausführlich beschrieb (Hecker), für diese Krankheit den Namen Hebephrenie (Jugendirresein) wählte[2]). Allgemein faßt man als Ursache dieses Irreseins der Entwicklungsjahre die gewaltigen Umwälzungen auf, die sich zur Zeit der Geschlechtsreife im Individuum vollziehen. Ganz neue, bisher völlig unbekannte

---

[1]) Aus der Städt. Irrenanstalt Frankfurt a. M. (Direktor: Prof. Dr. *Sioli*).

[2]) *Virchows* Archiv, Bd. II.

Seiten des Seelenlebens entpuppen sich. Neue, mächtige Gefühlstöne geben dem Handeln des Menschen eine ganz bestimmte Richtung. Der Gesunde wird bald dieses Übergangsstadium, diesen Prozeß des Werdens überwinden und seine Beziehungen zur Umwelt nach den Erfordernissen der jeweiligen Situation abstimmen.

Anders jedoch jenes Gehirn, das in dieser kritischen Zeit von der Erkrankung betroffen wird. Hier wird es, entsprechend den vermehrten Reibungsflächen nach außen hin, nicht selten zu Zusammenstößen mit den Rechten und Interessen anderer Menschen, und damit auch mit den Strafgesetzen kommen.

Die Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Forum sind so alt wie die Gesetzgebungen bei den Kulturvölkern überhaupt. Zwar zeigt das sonst so hoch entwickelte römische Recht keinerlei Spuren einer Mitwirkung eines ärztlichen Sachverständigen, trotzdem sind jedoch die Geisteskrankheiten wenigstens im allgemeinen berücksichtigt.

Erst in der Gesetzgebung des byzantinischen Kaisers Justinian finden wir zum ersten Male die Zuziehung von Sachverständigen vor Gericht.

Die 1532 Gesetz gewordene peinliche Gerichtsordnung Kaiser Karls V. räumt dem ärztlichen Sachverständigen eine bedeutende Stellung ein[1],[2],[3]. Sie kennt zum ersten Male eine ärztliche Untersuchung zur Feststellung der Geisteskrankheit.

Die für die forensische Psychiatrie wesentlichen Bestimmungen unseres neuen deutschen Strafgesetzes und des bürgerlichen Gesetzbuches sind unter Mitwirkung psychiatrischer Sachverständiger entstanden.

Bei Aufstellung des Strafgesetzbuches des Norddeutschen Bundes im Jahre 1867 wurde der Paragraph betreffend die geminderte Zurechnungsfähigkeit gestrichen zum Schaden all jener psychisch minderwertigen und jener auf der Grenze von Krankheit und Gesundheit stehenden Individuen, für die jetzt nur der Notbehelf der sogenannten mildernden Umstände besteht.

Neuerdings wird nicht nur von psychiatrischer, sondern auch von juristischer Seite Bresche gelegt in die alte Theorie der Vergeltungs-

---

[1]) *Straßmann*, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin. 1895.

[2]) *v. Krafft-Ebing*, Lehrbuch der gerichtlichen Psychopathologie. 3. Aufl. 1892.

[3]) *v. Krafft-Ebing*, Grundzüge der Kriminalpsychologie. Erlangen. 1892.

strafe[1]). Wenn es gelungen sein wird, die Strafe der Eigenart des kranken Rechtsbrechers anzupassen, also aus der Vergeltungsstrafe eine Straferziehung zu machen[2], [3]), dann wird es auch möglich sein, den vermindert Zurechnungsfähigen in anderer Weise gerecht zu werden, als dies heute der Fall ist.

Im Vordergrund des forensischen Interesses dürfte heutzutage das vor noch nicht langer Zeit von *Kraepelin* neu aufgestellte Krankheitsbild der Dementia praecox stehen. Wegen des Kampfes um die klinische Stellung hat man ihre forensische Bedeutung bisher ganz vernachlässigt. Und doch ist ihr in bezug auf die verschiedenartigsten Delikte ein hoher ätiologischer Wert beizumessen.

Neuerdings hat *Diem*[4]) die Aufmerksamkeit auf eine bisher wenig beachtete Verlaufsart der Dementia praecox gerichtet und ihr den Namen „einfach demente Form“ beigelegt. Hierher gehören die Fälle von sang- und klangloser Verblödung ohne Auftreten irgend welcher Reizerscheinungen, ohne typisch katatonische Manieren. Diesen Prozessen kommt eine ganz hervorragende forensische Bedeutung zu, namentlich bei der Beurteilung von Bettlern und Vagabunden[5]) [6]).

Die im Gefängnis zum Ausbruch kommenden Psychosen haben für uns nur insoweit Interesse, als sie der Dementia praecox resp. der Katatonie eingereiht werden müssen.

Besonders wichtig ist vom forensischen Standpunkt aus die Frage, ob dem Strafvollzug eine ätiologische Bedeutung für den Ausbruch der Psychose beizumessen ist oder nicht. In dieser Beziehung gehen die Ansichten der Autoren noch weit auseinander.

Auf der einen Seite stehen die, welche als Ursache des Ausbruchs der Psychose nicht die Haft an sich annehmen, sondern diese suchen in

[1]) *v. Finger*, Über geminderte Zurechnungsfähigkeit usw. Gerichtssaal. Bd. 64.

[2]) *Kraepelin*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. für Krim.-Psych. und Strafrechtsreform. 1904-1905.

[3]) *Kraepelin*, Die Abschaffung des Strafmaßes. Stuttgart 1890.

[4]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Zürich 1904.

[5]) *Wilmanns*, Die Psychosen der Landstreicher. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psych. Bd. 25. 1902.

[6]) *Delbrück*, Gerichtliche Psychopathologie. 1897. S. 107.

der individuellen psychischen Disposition des Gefangenen. (*Sommer*[1]), *Kirn*[2]), *Naecke*[3]).)

Die andere Gruppe mißt neben der oben angeführten Ursache der Haft an und für sich eine besondere Bedeutung bei (*Gutsch*, *Reich*, *Djeckoff* usw.).

Einen vermittelnden Standpunkt nimmt *Delbrück* ein[4]).

Kraepelin vertritt die Meinung, daß es sich bei den hier in Rede stehenden Fällen vielfach um Formen handle, die „den Verblödungsprozessen nahe verwandt sind".

Die Gefängnishaft scheint ihm für die Entstehung der Dementia praecox doch eine gewisse Bedeutung zu haben.

Bei 30 % seiner Kranken resp. 6 % der Männer brach die Psychose im Gefängnis aus; nicht immer in Einzelhaft[5]).

Unter den seit den letzten zehn Jahren in der Städtischen Irrenanstalt Frankfurt a. M. beobachteten 831 zum Krankheitsbild der Dementia praecox gehörigen Fällen befanden sich (außer zwölf akuten hysterischen Gefängnispsychosen) neun nach längerer Gefängnishaft zum Ausbruch gekommene Katatonien. Ein Einfluß der Haft auf den Ausbruch der Krankheit ließ sich bei diesen letzten Fällen in keiner Weise bestimmen.

Ein frisch nach der Internierung entstandener Fall eines Verblödungsprozesses kam nicht zur Beobachtung.

Wilmanns ist geneigt, all den Schädlichkeiten der Einzelhaft eine Einwirkung auf die ersten Erscheinungen, aber auch auf das erneute Aufflackern einer Dementia praecox zuzuschreiben[6]).

Man sieht also, daß die vom forensischen Standpunkt aus so wichtige Frage, ob die Gefängnishaft direkt eine Dementia praecox hervorrufen kann, noch zu keiner endgültigen Lösung gekommen ist.

---

[1]) *W. Sommer*, Beiträge zur Kenntnis der kriminellen Irren. Allgemeine Zeitschr. für Psych. Bd. 40. 1884.

[2]) *Kirn*, Die Psychosen in der Strafanstalt. Allgemeine Zeitschr. für Psych. Bd. 45. 1889.

[3]) *Mönkemüller*, Die akuten Gefängnispsychosen und ihre praktische Bedeutung. Monatsschr. für Kriminal-Psychologie und Strafrechtsreform. Jahrg. I. 1904-05.

[4]) *Skliar*, Über Gefängnispsychosen. Monatsschr. für Psych. u. Neurol. Bd. 16. 1904.

[5]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.

[6]) *Wilmanns*, Psychopathologie des Landstreichers. S. 366. Leipzig 1906.

Von weit größerem forensischen Interesse sind die Beziehungen, die zwischen Dementia praecox und Simulation bestehen. Scheint doch die wahl- und regellose Aufeinanderfolge der Symptome unserer Psychose zur Nachahmung geradezu herauszufordern.

Einen interessanten Fall von versuchter Simulation bei tatsächlich vorhandener Dementia praecox bringt *Raimann*[1]). Das Parere gibt an, Patient sei von jeher schwachsinnig gewesen, jetzt soll er mit dem Rade ein Kind überfahren haben, höre sich bedrohen, sei ängstlich, schlaflos, esse nicht, wollte sich den Hals abschneiden. In der Anstalt ist Patient deprimiert, bietet das Bild weit vorgeschrittenen Blödsinns. „Bald zeigt Patient zunehmende Angst, kniet im Bette, fleht den Arzt mit gefalteten Händen an, man solle ihn nicht umbringen, er sei wirklich krank. Läßt sich nicht beruhigen. Nach ein paar Tagen erklärt er sein Verhalten. Die Leute sagten, er habe ein Kind ermordet, er erwarte die Todesstrafe. Da man aber dieselbe an Geisteskranken nicht vollziehen dürfe, habe er sich geisteskrank gestellt, in der Hoffnung davon loszukommen.“

„In den folgenden Tagen durchbricht die Angst alle Hemmungen. Patient steht vollkommen im Banne seiner Gehörstäuschungen und Wahnideen, klammert sich an den Arzt, kratzt sich das Gesicht blutig, läuft laut schreiend wie in Todesangst im Saale herum. Dieser Zustand klingt allmählich in ein Stadium schwachsinnigen Größenwahns hinüber.“

Mit dem Nachweise der Simulation ist die Untersuchung noch nicht abgeschlossen; denn Simulation und Geistesstörung schließen sich — wie uns *Moeli*[2]) gelehrt hat — nicht gegenseitig aus. Das ist ein eminent wichtiger Punkt, namentlich im Hinblick auf die Verblödungsprozesse der Dementia praecox. Erwähnt doch *Kraepelin*[3]), daß er gar manchen seiner Simulanten später verblödet in der Anstalt wiedergefunden hat.

Eine bedeutende, leider sehr traurige Rolle kommt der Frage der Simulation beim Militär zu. Hier werden, hauptsächlich von dem subalternen Ausbildungspersonal, die Anfangssymptome einer vielleicht schleichend einsetzenden Dementia praecox sehr oft für Faulheit und Halsstarrigkeit gehalten, und nun wird mit allen Mitteln der Disziplin zum großen Schaden des armen Kranken dagegen vorgegangen.

---

[1]) *Raimann*, Über Simulation von Geistesstörung. Jahrbücher für Psych. Jahrg. 22.

[2]) *Möli*, Über irre Verbrecher. Berlin 1888.

[3]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 7. Aufl. 1904.

Welche durch die Krankheit gesetzten Veränderungen bedingen denn nun hauptsächlich einen Konflikt mit den bestehenden Gesetzen, entweder mit dem Strafgesetz oder mit den Normen des bürgerlichen Rechts? Oft werden die plötzlichen und unmotiviert auftretenden Erregungszustände ein polizeiliches oder gerichtliches Einschreiten bedingen.

Andererseits führt die mehr oder minder hochgradige Verblödung und die daraus entstehenden sinnlosen Handlungen vielleicht noch häufiger zu Konflikten mit den Gesetzen. Unterstützend wirkt dabei mit der Mangel an Energie und die Unfähigkeit, verlockenden Gelegenheiten Widerstand zu leisten. Es leuchtet ein, daß eine Menge der durch die Krankheit hervorgerufenen pathologischen Eigenschaften ein Forensischwerden bedingen können.

In historischer Beziehung finden wir auf die forensische Bedeutung der Dementia praecox zuerst aufmerksam gemacht bei *Hack Tuke*[1]). Der progrediente Schwachsinn bedinge gefährliche Impulse, auch moralische Perversitäten. Oft würden die betreffenden gar nicht für geisteskrank gehalten.

Kahlbaum weist in zwei Vorträgen über eine klinische Form des moralischen Irreseins 1884[1]) und über Heboidophrenie 1889[2]) auf die forensische Wichtigkeit jener weniger stürmisch, mehr schleichend verlaufenden Formen von Verblödung hin. Bei der bestehenden moralischen Schwäche würden oft Diebstähle verübt. Alle Strafen seien nutzlos. Man nehme daher oft Schlechtigkeit als Ursache an und schiebe den betreffenden z. B. nach Amerika ab.

Was die Art der hauptsächlich bei Dementia praecox beobachteten Verbrechen und Vergehen anbelangt, so läßt sich kein bestimmtes Verbrechen als besonders charakteristisch bezeichnen. So wechselvoll die Symptome, so umfangreich ist auch die Zahl und die Art der vorkommenden Verbrechen. Doch muß man einräumen, daß gewisse Arten von Delikten etwas bestimmter und häufiger hervortreten. Das sind Körperverletzungen, Landstreicherei und Diebstahl. Die Gründe dafür liegen offenbar in dem psychologischen Mechanismus der gesetzten Störung. Das eine Mal ist es der plötzlich, unvorherge-

---

[1]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Zürich 1904.

[2]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Zürich 1904.

sehen eintretende Erregungszustand, der verantwortlich zu machen ist, das andere Mal der Intelligenzdefekt, der Mangel an Energie, die Gleichgültigkeit. Diese letztgenannten Eigenschaften bedingen wieder ein Zurücktreten der Vergehen, die zu ihrer Ausführung Mut, Entschlossenheit oder Überlegung erfordern.

Die heutzutage relativ schnell mögliche Unschädlichmachung von Geisteskranken bringt es mit sich, daß die Dementia praecox in strafrechtlicher Beziehung im Vergleich zu ihrer ungemeinen Häufigkeit doch verhältnismäßig weniger Unheil anrichtet, als man vielleicht im ersten Augenblick glauben könnte.

Wenn wir versuchen, die in der Literatur niedergelegten und die selbstbeobachteten forensischen Fälle von Dementia praecox nach allgemeinen Gesichtspunkten zu gruppieren, so stellt sich bald die Unmöglichkeit einer auf innerer Zweckmäßigkeit aufgebauten Einteilung heraus. Am logischsten zweifellos ist eine auf die Motive zur Straftat gegründete Gruppierung. Das läßt sich aber nicht durchführen, da nur in den wenigsten Fällen ein einzelnes klar bestimmbares Motiv verantwortlich zu machen ist. Oft ergeben sich verschiedene Beweggründe, deren genaue Bewertung bezüglich ihres Einflusses auf die Handlung unmöglich ist; oder aber es zeigt sich, was noch häufiger vorkommt, eine allgemeine Verwischung der Motive, so daß nur die Krankheit in ihrer Gesamtheit als Faktor in Betracht gezogen werden kann. Es bleibt daher nur übrig eine Gruppierung nach dem juristischen Effekt, also nach Gattungen von Delikten, wobei wir uns jedoch die Äußerlichkeit dieser Einteilung nicht verhehlen dürfen, zumal sie auf die psychologische Genese der Handlung keine Rücksicht nimmt.

Nach diesen Erläuterungen über das Einteilungsprinzip geben wir eine allgemeine Übersicht über die in der „Städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. M.“ in den letzten zehn Jahren beobachteten Fälle von Dementia praecox.

Unter den 831 Aufnahmen der letzten zehn Jahre, die als Dementia praecox, Katatonie oder Hebephrenie diagnostiziert waren, befanden sich 41 strafrechtliche Fälle. Zivilrechtliche Fälle gelangten in den letzten fünf Jahren 19 zur Beobachtung. Im Prozentverhältnis ausgedrückt, erhält man für die strafrechtlichen Fälle 4,81 %; für die zivilrechtlichen eine nur wenig niedrigere Zahl. Es ist auch

der Versuch gemacht worden, auf Grund der Strafregister die evtl. vorhandenen Beziehungen zwischen der Psychose und den Vorstrafen festzustellen. Bei etwa 1/4 der Fälle wurde eine so deutliche Häufung der Strafen kurze Zeit vor Ausbruch der Geisteskrankheit festgestellt, daß die Annahme einer ursächlichen Bedeutung der Krankheit hinsichtlich der mannigfachen strafrechtlichen Konflikte berechtigt erscheint. Ausdrücklich sei betont, daß den oben angeführten Prozentverhältnissen keine weitergehende Bedeutung beizumessen ist. Deutlich konnte man verfolgen, wie unter dem Einfluß *Kraepelin*scher Lehren die Diagnose Dementia praecox in den letzten Jahren häufiger geworden ist.

Das am meisten vorkommende Delikt war öffentliches Ärgernis (7 Fälle). Dann folgte in allmählicher Abstufung Diebstahl (6); Bettel, Körperverletzung, Betrug, Unterschlagung und Fahnenflucht (je 4 Fälle); Sittlichkeitsverbrechen und Zechprellerei (je 3 Fälle); Mord, Prostitution (je ein Fall).

Diese Zahlen könnten einen gewissen Anhalt liefern über die Häufigkeit der einzelnen Gattungen von Verbrechen. Doch käme diesen Ziffern nur relativer Wert zu. Beispielsweise ist der Bettel auffallend gering vertreten, was augenscheinlich in dem anders gearteten Krankenmaterial der Großstadt seinen Grund hat.

Einige selbstbeobachtete Fälle von Dementia praecox, die alle wegen Erregung öffentlichen Ärgernisses verhaftet worden waren, gestatten uns einen genauen Einblick in die Detailbeziehungen zwischen Psychose und Delikt. Die Verhältnisse der Großstadt fordern natürlich gebieterisch die schleunige Entfernung aller störenden Elemente aus dem öffentlichen Leben. Doch reicht dieser Umstand allein nicht aus zur Erklärung des häufigen Vorkommens gerade dieses Deliktes. Ohne Zweifel handelt es sich hier um eine typische Reaktionsart des durch die Psychose gesetzten geistigen Schwächezustandes, der ja auch zu sinn- und zwecklosen Handlungen, um die es sich bei der Erregung öffentlichen Ärgernisses fast immer handelt, in hervorragender Weise disponiert.

Zwei junge Leute, ein Hausbursche J. B. von 23 Jahren und ein Metalldreher H. F. von 22 Jahren, bieten vieles Gemeinsame. Beide waren in ihrer Jugend vollkommen normal, mittelmäßige Schüler, nicht hereditär

belastet. Kurz vorher war bei beiden eine Veränderung des Wesens beobachtet worden. Der eine sprach seit drei Wochen wenig, grüßte niemand mehr, erschien tiefsinnig, war auch schon einmal von Hause weggelaufen. Eines Tages stürzte er plötzlich ohne Veranlassung in ein Haus, schrie „Teufel, Hilfe" usw. und hatte furchtbare Angst. Bei der polizeilichen Festnahme war Patient sehr aggressiv. In der Anstalt anfangs noch ängstlich erregt, zeitweise verwirrt. Nach einiger Zeit beruhigt er sich, ist aber immer mürrisch widerstrebend, namentlich bei der Nahrungsaufnahme, ganz interesselos, spricht ungern, spontan gar nicht, verfällt bald in Stupor, dessen Tiefe wechselt; erwacht nach drei Wochen daraus; jetzt Überwiegen hypochondrischer Vorstellungen. Wird nach sechsmonatigem Aufenthalt der Provinzialanstalt zugeführt. Hier Erregungszustände mit Zerstörungswut, zunehmende Verblödung. Der andere wurde wegen Skandalierens in einer Wirtschaft verhaftet. War schon hier wegen seines Benehmens aufgefallen, äußerte Größenideen. In der Anstalt geordnet, aber ohne Verständnis für seine Lage. Affektlos, später motorisch erregt, führte zusammenhanglose Reden. Zeitweise mürrisch, schlägt Purzelbäume usw. Nach sechs Monaten der Provinzialanstalt zugeführt, wird er hier stuporös, mutazistisch. Nach weiteren vier Monaten ging der Stupor zurück, und Patient wurde als gebessert entlassen.

Ein 26 jähriger Buchbinder J. W. wurde verhaftet, als er damit beschäftigt war, am hellichten Tage Zunderstückchen in einen Briefkasten zu werfen. Er hatte nicht die geringsten Vorsichtsmaßregeln gebraucht und begründete sein Tun damit, daß er den Ärzten „Feuer für ihre Köpfe" senden wollte. Es stellte sich bald heraus, daß es sich hier um eine Frühverblödung handelte. Vor drei Jahren hatte er einen akuten Schub gehabt, war 14 Tage lang erregt, halluzinierte, äußerte Wahnideen schwachsinnigen Charakters. Der liebe Gott sei ihm erschienen, habe ihm eine Lotterienummer gegeben, die gewinnen müsse. Anamnestisch wurde festgestellt, daß Patient als Schüler mäßig begabt, aber äußerst fleißig war; immer grüblerisch verschlossen. Schon einige Zeit vor der Tat hatte man wieder eine Veränderung in seinem Wesen bemerkt. Patient sagte, wenn er allein war, Monologe auf; war sonst zusehends verschlossener; war dann wieder laut, sang, onanierte in schamloser Weise; sagte, er sei Messias. Zuletzt wurden eigentümliche, taktmäßige Bewegungen der Hände beobachtet. In der Anstalt hört er Stimmen von Gott, ist aber orientiert. Bietet zeitweise Katalepsie, Echolalie, Echopraxie. (Wo sind Sie hier?) „Im Garten Eden auf dem Alpenverein." (Wo gelernt?) „Beim Pförtner auf Erden" usw. Wird nach zwei Monaten zusehends schwächer, stumpfer. Ist „in einem Saal mit Toten", sieht Tiere, dazwischen auch euphorisch. Nach zwei Jahren dasselbe Bild.

Besonders charakteristisch ist folgender Fall: H. B., 23 Jahre, zuletzt ohne Beruf. Patient hat gut gelernt. Wurde mit 16 Jahren

Schreiber bei einem Rechtsanwalt. Nach kurzer Zeit entlassen, angeblich wegen „Nervosität"; in Wirklichkeit schwänzte er den Dienst oder schlief während des Schreibens ein. Kam dann in ein Elektrizitätswerk. Machte im Dienst dummes Zeug, rauchte Zigaretten. Auch hier als unbrauchbar entlassen. War dann noch in vielen andern Stellen. Nachdem er oft wegen Bettelns bestraft war, wurde er eines Tages verhaftet, als er auf dem Hauptbahnhof Briefmarken auf den Fußboden klebte. In der Anstalt bot er Zeichen eines hochgradigen Schwachsinns ohne irgend welche Reizerscheinung. Offenbar hatte hier der Verblödungsprozeß schon mit dem sechzehnten Jahre begonnen. Es handelt sich also um die einfach demente Form der Dementia praecox. Patient ist später immer mehr verblödet.

In sämtlichen Fällen blieb es bei einem Konflikt mit der Polizei, da wegen der geringen Bedeutung der betreffenden Delikte ein Strafverfahren nicht anhängig gemacht und durch die schnelle Überführung in die Irrenanstalt eine baldige Erkennung der Geisteskrankheit gewährleistet war. Diese Fälle charakterisieren vortrefflich eine Seite der durch die Psychose verursachten Defekte, jene innere Haltlosigkeit und die vollständige Gleichgültigkeit für das Unsoziale in dem Benehmen. Beachtenswert ist der mit dem Auftreten der Störung parallellaufende soziale Verfall.

Recht häufig ist das Delikt des Diebstahls. Einen lehrreichen Fall beschreibt *Chlumsky*[1]).

Anna D., 16 Jahre alt, stahl aus einer Kommode eine größere Summe Geld. Patientin suchte die Tatsache, daß kurz zuvor eine Fensterscheibe im Zimmer beim Putzen eingedrückt worden war, in raffinierter Weise zu ihrem Vorteil auszunutzen, um den Verdacht von sich abzulenken. Da im Gefängnis ein halluzinatorischer Verwirrtheitszustand ausbrach, kam Patientin zur Begutachtung. Anamestisch ergab sich, daß sie in der Schule mittelmäßig begabt war, doch heiter und gesellig. Seit einem Jahre vor dem Diebstahl war eine Veränderung mit ihr vorgegangen. Sie ließ den Kopf hängen, sprach von selbst kein Wort, wurde im Dienst gleichgültig, simulierte viel, war gedankenlos, vergeßlich. Patientin wurde wegen hochgradiger Imbezillität exkulpiert.

Sehr lehrreich und für unsere Krankheit typisch ist ein von *Stransky*[2]) beschriebener Fall. Ein Mann wurde beim Schuhestehlen ertappt, die

[1]) *Chlumsky*, Diebstahl bei erworbenem Schwachsinn. Vierteljahreszeitschr. für gerichtl. Medizin. Bd. IV. 1892.

[2]) *Stransky*, Zur Auffassung gewisser Symptome der Dementia praecox. Neurol. Zentralblatt, 23. Jahrg. 1904.

Ausführung geschah ganz plump und ohne die geringsten Vorsichtsmaßregeln. Da er im Polizeiarrest nicht sprach, wurde er wegen Simulationsverdacht der Irrenanstalt überwiesen. „Ist auch hier mutazistisch, verfaßt sinnlose Schriftstücke, bietet kataleptische Starre, die durch Schmerzreiz nicht beeinflußt wird.“ Nach sechs Monaten trat allmählich eine Remission ein. Patient erinnerte sich, daß er voriges Jahr nach Amerika ausgewandert war; hatte auf der Überfahrt Heimweh gehabt, Stimmen gehört; konnte dort nicht arbeiten, kehrte zurück. Sei dann auf der Straße arretiert worden. Was die Hauptsache ist, von dem Diebstahl wußte er nichts.

Sein Bruder fand ihn zusehends verblödet gegen früher.

Dieser Fall zeigt außer der tiefen Bewußtseinstrübung, die zunächst gar nicht offenkundig war, jenen auffallenden Mangel an Vorsichtsmaßregeln beim Ausführen des Deliktes, aus dem heraus man beinahe schon versucht ist, eine Geistesstörung anzunehmen. Sehr wichtig für die forensische Auffassung des Falles ist die vollkommene Amnesie für das Delikt.

Die abnorm leichte Beeinflußbarkeit zeigt typisch folgender selbstbeobachtete Fall.

Der 19 jährige J. R. wurde durch einen vielfach vorbestraften Menschen zum Fahrraddiebstahl verführt. Gleich darauf begab er sich in eine Wirtschaft, um den Erfolg zu feiern; ließ aber beim Weggehen das eben erst gestohlene Fahrrad aus Vergeßlichkeit stehen. Nachdem er seine Strafe abgebüßt hatte, beschuldigte er sich eines Tages selbst eines erneuten Fahrraddiebstahls. Es ließen sich aber tatsächliche Unterlagen für die Beschuldigung nicht finden. Der Kreisarzt nahm Simulation an; in der Anstalt gab er als Grund der Selbstanzeige an, daß die Leute ihn so angeguckt und die Köpfe nach ihm umgedreht hätten. Es habe gerufen: „Der kommt aus dem Gefängnis, der wirds noch bereuen, der hat ein Fahrrad gestohlen.“ Patient wurde im Zustand mäßiger Verblödung nach fünf Monaten entlassen. — An dieser Stelle sei noch eines seltenen Falles von Kleptomanie[1]) bei Dementia praecox gedacht: Ein junger Mediziner stahl in Straßburg im Kolleg eine Menge Mäntel; wußte dafür kein Motiv anzugeben; trug bezeichnenderweise die Mäntel selbst auf der Straße. Patient wurde exkulpiert auf ein Gutachten von Professor F., Straßburg, das ausführte: „daß sich bei Patientem im Anschluß an unregelmäßig aufeinander folgende Depressions- und Erregungszustände ein progressiver Schwachsinn entwickelt habe — das bekannte Bild der Pubertätspsychose.“

[1]) *Wilhelm*, Ein Fall von sogenannter Kleptomanie. Archiv für Kriminalanthropologie. Bd. 16. 1904.

Die weitgehendste ätiologische Bedeutung muß der Dementia praecox nach neueren Forschungen (*Wilmanns*) zugeschrieben werden bezüglich des Bettelns und der Vagabondage. Schon *Kirn*[1]) gedenkt in eingehender Weise der Bedeutung der frühzeitigen Verblödung für die Insassen der Korrektionsanstalten. Er diagnostiziert meist Paranoia; von unserm Standpunkt aus würde man vielfach von Dementia praecox sprechen. Am eingehendsten hat sich mit dieser Frage *Wilmanns*[2]) beschäftigt. Dieser Autor fand bei 60 von 120 seiner Fälle, die meist aus einem Arbeitshause stammten, eine Dementia praecox. Je nach dem Alter und der Zeit der Einwirkung auf die Lebensführung unterscheidet er drei Gruppen.

Bei der ersten handelt es sich um ursprünglich gesunde Personen, die seßhaft und in geordneten Verhältnissen lebten. Zwischen dem zwanzigsten und dreißigsten Lebensjahre machten sie eine akute Psychose durch, die unvollständig heilte. Seitdem datiert das Landstreicherleben. Hier ist es der durch den akuten Schub gesetzte Schwachsinn, der das soziale Scheitern bedingt.

Die Kranken der zweiten Gruppe sind ursprünglich ebenfalls sozial. Ohne daß zunächst eine ausgesprochene geistige Störung vorhanden ist, geraten die Leute allmählich ohne erkennbaren Grund in ein unstätes, unregelmäßiges Leben und werden professionelle Landstreicher. Hier ist typisch das schleichende Eintreten der Verblödung. Weitaus das Gros der Landstreicher setzt sich aus solchen Individuen zusammen. Sie gehören alle zu der von *Diem* besonders hervorgehobenen sogenannten einfach dementen Form der Dementia praecox, der in forensischer Beziehung eine ganz besondere Bedeutung zukommt.

Die dritte Gruppe wird gebildet aus Individuen, die von Geburt aus mit Schäden intellektueller oder sittlicher Natur behaftet sind. Schon in der Schule kommen sie nicht recht vorwärts und erlernen

---

[1]) *Kirn*, Über Geisteskrankheiten der Korrigenden. Archiv für Psych. Bd. 22. 1891.

[2]) *Wilmanns*, Die Psychosen des Landstreichers. Zentralblatt für Nervenkrankheiten und Psych. Bd. 25. 1902. — Zur Psychopathologie des Landstreichers. 1906. — Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Jahrg. I. 1904-05.

meist kein Handwerk. Sie verfallen früh der Vagabondage. Nach massenhaften Konflikten mit dem Gesetze landen sie als ausgesprochen geisteskrank in der Irrenanstalt. Hier pfropft sich auf dem Boden einer Imbezillität der fortschreitende Verblödungsprozeß einer Hebephrenie auf. *Wilmanns* rechnet etwa 20 % seiner Fälle dieser Verlaufsart zu.

Nicht selten beobachtet man bei Dementia praecox als Delikt Körperverletzung. Eine solche Straftat charakterisiert sich in der Regel durch das Fehlen jeglichen verständlichen Motivs, eine herzlose Brutalität bei der Ausführung.

Einen äußerst typischen Fall beschreibt *Moeli*[1]). B., 21 Jahre alt, hatte einen Fuhrmann, von dem er sich hatte mitnehmen lassen, ohne jede Veranlassung mit dem Messer hinter dem Ohr gestochen, aber nichts geraubt. Es stellte sich heraus, daß B. schon vor der Tat eigentümlich gewesen war. Früher war er fleißig und ordentlich. Dann lief er plötzlich nachts herum, zerriß sein Bettzeug, lief von Hause weg. In der Anstalt zeigten sich eine Menge Halluzinationen und schwachsinnige Verfolgungsideen. Patient wurde verblödet in eine Provinzialanstalt überführt.

Manchmal kann man direkt den Einfluß von Halluzinationen nachweisen, wie in dem Falle *Bischoffs*[2]), bei dem der Kranke vor dem Untersuchungsrichter davon sprach, er sei dazu „aversiert" worden, den Leuten mittels einer Hacke die Köpfe einzuschlagen.

Betrug und Unterschlagung kommt relativ selten vor, weil den Kranken die hierfür erforderliche Überlegung und List bei ihrer geschwächten Intelligenz nicht zur Verfügung steht. Meist ist die Ausführung so plump, daß eine baldige Entdeckung der Straftat auf dem Fuße folgt.

Nur wenig wird Sittlichkeitsverbrechen beobachtet. Zum Teil mag es daran liegen, daß bei einem chronischen Verblödungsprozesse auch die sexuellen Gefühlstöne mehr und mehr verblassen. Vereinzelt äußert sich dann das Geschlechtsgefühl in irgend einer schamlosen Weise. So beobachtete Verfasser einen Fall, in dem ein verblödeter Katatoniker mit Größenideen an seinem eigenen Kinde Sittlichkeitsverbrechen beging. Bezeichnenderweise kam er auf Anweisung selbst zur Anstalt.

---

[1]) *Moeli*, Über irre Verbrecher. S. 7. Nr. 13.

[2]) *Bischoff*, Über einen Fall von Schwachsinn mit moralischer Depravation. Jahrbücher für Psych. u. Neurol. Bd. 17. 1898.

Ein Fall von Brandstiftung[1]) sei kurz erwähnt: „Patient gab als Motiv an, er wolle Feuer sehen, habe Langeweile gehabt, wisse nicht, warum. Das Haus habe schief gestanden, er habe einen richtigen Bauplan im Kopfe.“

Noch ist des in sozialer Bedeutung folgenschwersten Verbrechens, des Mordes, zu gedenken, der vereinzelt bei Dementia praecox beobachtet wird. Pathognomonisch ist bei diesen Fällen fast immer die enorme Brutalität, mit der die kranken Täter zu Werke gingen.

Zunächst zwei Fälle *Moelis*: G., 22 Jahre alt[2]), war schon mit 16 Jahren in Anstaltsbehandlung wegen einer Psychose, die mit tiefem Schwachsinn namentlich in gemütlicher Hinsicht und mit anfallsweise auftretenden Gehörstäuschungen einherging. Trotz Abratens wurde Patient von der uneinsichtigen Mutter abgeholt. Bald darauf erschlug G. seine Mutter mit dem Zuckerbeil, nahm Geld an sich, um nach Bern zu reisen, „wo so schöne künstliche Bäder sind“. Patient ist später immer mehr der Verblödung anheim gefallen, die manchmal auch durch anfallweise auftretende Erregungszustände unterbrochen ist.

D., 16 Jahre alt[3]), lernte schlecht, zeigte schon ein Jahr vor dem Verbrechen ein auffallend stilles Wesen, so daß es der Schwester auffiel. Eines Nachts verwundete er drei Schwestern mit einem Beil nicht unbeträchtlich. Nicht lange darauf stopfte er seinem kleinen Brüderchen mit einem Handtuch den Mund zu und schnitt ihm mit einem Rasiermesser in den Hals. In der Anstalt wurde eine hebephrenische Psychose festgestellt, die zu dauernder tiefer Verblödung führte.

Ein selbstbeobachteter Fall: J. B., 32 Jahre, war von jeher auffallend, großmannssüchtig, aufgeregt und wenig ausdauernd. In der Schule Durchschnittsschüler, lernte das Metzgerhandwerk, hat jedoch zehnmal während der Lehrzeit seine Stelle gewechselt; ging dann auf Wanderschaft; beim Militär nichts Bemerkenswertes. Blieb seinem Berufe nicht treu, wurde später Arbeiter, Hausierer, Hausbursche. Wenn er 100 M. gespart hatte, tat er so, als könne er jetzt als Rentier leben. Schon seit längerer Zeit zeigten sich Erregungszustände, er mißhandelte die Frau, verprügelte die Kinder. Darnach war er wieder weich, bat um Verzeihung. Eines Tages erstach er plötzlich mit seinem Taschenmesser zwei seiner Kinder, während die Frau und eine ältere Tochter nur mit knapper Not entrinnen konnten. Am Nachmittage kurze Zeit vor der Tat wollte der Patient in einem Hause telephonisch Gendarmerie bestellen, da er „umstellt“,

---

[1]) *Meyer*, Kasuistische Beiträge zur forensischen Psychiatrie. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Medizin. Bd. 23. 1902.

[2]) *Moeli*, Über irre Verbrecher. S. 10. Nr. 1.

[3]) *Moeli*, Über irre Verbrecher. S. 16. Nr. 7.

„umringt“ sei, „nicht fort könne“. In der Anstalt bot Patient das typische Bild der Katatonie mit wechselnden Zuständen von Stupor und Erregung mit Stereotypien, Manieren, Halluzinationen und Wahnideen.

In besonders schwieriger Situation befinden sich oft die Gerichtsärzte manchen Verlaufsformen der Dementia praecox gegenüber, zumal dieselben zumeist erst durch längere Beobachtung in einer Irrenanstalt gründlich erkannt werden können. Erst dann erkennt man z. B. die eigenartige Charakterveränderung in ihrer schwerwiegenden pathognomonischen Bedeutung. Oft läßt sich eine Umwandlung der ganzen Persönlichkeit, namentlich in ethischer Beziehung, manchmal innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes, feststellen. Bei der Schwierigkeit der Begutachtung mancher Fälle, namentlich der sang- und klanglos Verblödenden, fordert *Cramer*[1]) hauptsächlich auch im Interesse der sogenannten jugendlichen Verbrecher eine längere als die sechswöchige Beobachtungszeit, zumal bei diesen Formen eine Gesetzesübertretung lange vor der klinischen Erkennbarkeit der Störung stattfinden kann.

Noch auf einem anderen Gebiete des öffentlichen Lebens spielt die Dementia praecox durch ihre eigenartigen Erscheinungsformen und die daraus entspringenden Konsequenzen eine bedeutende Rolle, nämlich beim Militär[2]).

Der eigenartige Schwächezustand bedingt eine gänzliche Unzulänglichkeit gegenüber den Anforderungen des Dienstes an die geistige Spannkraft und Auffassungsfähigkeit des Individuums. Zu beachten ist, daß der gemeine Soldat, aus seiner gewohnten Umgebung herausgerissen, gänzlich neuen und ihm unbekannten Verhältnissen sich gegenüber sieht. Wie leicht wird da das kranke Hirn versagen.

Diese Verhältnisse üben oft eine sogenannte auslösende Wirkung aus[3]). Am häufigsten kommt es zu Gehorsamsverweigerungen infolge des Negativismus. Oft lacht der Soldat in läppischer Weise mitten im Glied. Beim Exerzieren begeht er scheinbar absichtlich Fehler.

---

[1]) *Cramer*, Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung? Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrg. 1904-05.

[2]) *Sommer*, Diagnostik der Geisteskrankheiten. S. 255—266.

[3]) *Simon*, Ein Beitrag zur Kenntnis der Militärpsychosen. Bericht über die Lothringische Bezirksirrenanstalt bei Saargemünd. 1899.



Nach dem Grunde gefragt, gibt er vielleicht nichtssagende Antworten: „weil ich es so tun mußte", „ich konnte nicht anders" und Ähnliches. Die gemütliche Stumpfheit, die Gleichgültigkeit bedingen Nachlässigkeit im Dienst. Auf diese Weise können die mannigfachsten Erscheinungsformen der Krankheit einen Konflikt mit der militärischen Zucht hervorrufen. Die Vorgesetzten wenden natürlich solchem Verhalten gegenüber Disziplinarstrafen an. Diese müssen jedoch wirkungslos bleiben, ja sie dienen manchmal nur dazu, die krankhaften Äußerungen des Individuums zu steigern. Gegen solchen „Trotz" und „Halsstarrigkeit" ist natürlich im Interesse der Disziplin eine noch schwerere Strafe nötig. So ergibt sich oft ein Circulus vitiosus, aus dem nur der sachverständige Arzt heraushelfen kann. Er wird aus dem Vergleich zwischen den früheren und dem jetzigen Verhalten meist die krankhafte Natur der Störung erkennen können. Die größten Schwierigkeiten bereiten allerdings die still und schleichend einsetzenden Verblödungsprozesse[1]).

Vom militärischen Ausbildungspersonal werden diese Zustände fast immer verkannt, besonders gern für Simulation gehalten. In diesen Verhältnissen liegt mit eine der Hauptursachen für die Soldatenmißhandlungen.

Keineswegs darf, wie *Simon*[2]) betont, dem militärischen Dienst als solchem eine ursächliche Bedeutung beim Entstehen der Psychose zugeschrieben werden.

Bei der fortschreitenden Erkenntnis der Wichtigkeit der Dementia praecox für militärische Verhältnisse haben sich viele Bestrebungen geltend gemacht, den armen Kranken durch möglichst schnelle Erkennung und Entfernung aus dem Heere gerecht zu werden[3]).

Typisch erkennt man die schweren Folgen, die das nicht rechtzeitige Erkennen einer schleichend verlaufenden Dementia praecox unter militärischen Verhältnissen zeitigen kann, an folgendem selbstbeobachteten Fall.

---

[1]) *Schultze*, Über Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen.

[2]) *Simon*, Beiträge zur Kenntnis der Militärpsychosen. Bericht über die Lothringische Bezirksirrenanstalt bei Saargemünd. 1899.

[3]) Veröffentlichungen auf dem Gebiete des Militär-Sanitätswesens. Heft 30. Über die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen. 1905.

A. B., 27 Jahre alt, war schon in der Jugend vielfach wegen Diebstahls bestraft worden. Zum Militär ausgehoben, begab er sich kurz vor der Einstellung nach Frankreich, wurde dort wiederholt wegen Diebstahls eingesperrt. Als er zurückkehrte, wurde er wegen unerlaubter Entfernung mit zwei Monaten Gefängnis bestraft. Kurz nach seiner Einstellung als unsicherer Heerespflichtiger reiste er einfach von der Garnison weg nach Hause und beging wieder einen Diebstahl. Als Grund der Entfernung gab er an, er sei von den Unteroffizieren und Kameraden zu sehr mißhandelt worden. Es gelang ihm bald darauf, aus dem Untersuchungsgefängnis zu entweichen. Nun trieb er sich ein paar Jahre vagabondierend in Holland, Belgien und Frankreich herum und war dort oft hinter Schloß und Riegel. Nach Deutschland zurückgekehrt, wurde er wegen Fahnenflucht zu vier Jahren Gefängnis verurteilt. Während bisher niemand an Geisteskrankheit gedacht hatte, kam er jetzt, nachdem im Festungsgefängnis oft Tobsuchtsanfälle sich eingestellt hatten, zur Begutachtung. Als Resultat der Untersuchung ergab sich die auf dem Boden einer Imbezillität entstandene einfach demente Form der Dementia praecox mit spärlichen Halluzinationen, die schon zu hochgradiger Verblödung geführt hatte.

Während bisher der Geisteskranke als aktiver Rechtsbrecher betrachtet wurde, kann er auch selbst das Objekt abgeben, an dem ein Verbrechen ausgeübt wird. Es kommt nämlich nicht selten vor, daß an Dementia praecox leidende, meist schon hochgradig verblödete weibliche Personen geschwängert werden. Natürlich ist die gemütliche Verblödung und die Willenlosigkeit als Ursache dieser Preisgabe verantwortlich zu machen. So erwähnt *Kraepelin*[1]) den Fall eines bisher anständigen Mädchens, das in den Remissionen einer Dementia praecox drei uneheliche Kinder gebar.

Die Beziehungen der Dementia praecox zum Strafrecht beruhen hauptsächlich auf der Erörterung, inwieweit im vorliegenden Falle die Bedingungen des § 51 des StGB. zutreffen oder nicht. In zivilrechtlicher Hinsicht sind die Möglichkeiten der psychiatrischen Begutachtung eines Kranken entschieden vielgestaltiger. Doch sollen wegen der größeren Einfachheit der Sachlage nur zwei Punkte, Entmündigung und Ehescheidung, näher berührt werden.

Statt der Entmündigung wird die Einsetzung einer Pflegschaft manchmal, z. B. für einen in der Remission befindlichen oder mit leichtem Defekt geheilten Kranken vollkommen genügen,

[1]) *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1904. S. 235.

um seine Interessen und die der Allgemeinheit zu schützen. Wenn auch solche Kranke komplizierteren Dingen, wie z. B. der Vermögensverwaltung nicht gewachsen sind, so werden sie doch einfache geschäftliche Handlungen vornehmen können. Ein solcher Patient wird ganz gut imstande sein, etwa einen kleinen Zigarrenladen oder Ähnliches zu besorgen. Ihn zu entmündigen ließe sich bei solcher Sachlage kaum rechtfertigen und wäre eine unnütze Härte. Die wechselnden Erscheinungsformen der Dementia praecox bedingen es, daß der Nachweis der Störung manchmal nicht ganz leicht dem Richter gegenüber zu führen ist, z. B. bei den ganz allmählich ohne Auftreten von Reizerscheinungen verblödenden Formen. Es kann vorkommen, daß auf Teilgebieten gute, ja glänzende Kenntnisse vorhanden sind. In solchen Fällen wird es darauf ankommen, nachzuweisen, daß der Betreffende eine praktische Tätigkeit, die eine gewisse Verantwortlichkeit und Selbständigkeit in sich schließt, nicht auszuüben vermag[1]). Das „Wissen" mag allenfalls noch genügen, aber sein zweckmäßiger Gebrauch, das „Können", versagt meist.

Hinsichtlich der Ehescheidung nach § 1569 des BGB. bietet gerade unsere Krankheit die größten Schwierigkeiten. Da ist zunächst die vom Gesetz normierte Forderung zu beachten, daß jede Aussicht auf Wiederherstellung der ehelichen geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen sein muß. Aber selbst der Schöpfer des Krankheitsbildes, *Kraepelin*, räumt ein, daß Heilungen vorkommen; man berücksichtige auch die möglichen Remissionen. Die klinische Kenntnis der Krankheit ist noch nicht so weit gediehen, daß man aus den Erscheinungsformen allein mit Sicherheit auf den Ausgang schließen könnte. Doch darf man im allgemeinen sagen, daß mit der Dauer und der Intensität der Krankheitssymptome der resultierende geistige Defekt wächst. Im besonderen wird viel auf die Verhältnisse des einzelnen Falles ankommen.

Ein Fall, der die Schwierigkeit der Sachlage deutlich erkennen läßt, findet sich bei *Diem*[2]). Eine Frau hatte vor ihrer Verheiratung einen weiter nicht beachteten leichten Depressionszustand durchgemacht. Nach kurzem glücklichem Verlauf der Ehe traten Insuffizienzerscheinungen auf.

---

[1]) *Hoche*, Handbuch der gerichtl. Psychiatrie. S. 255 ff.

[2]) *Diem*, Die einfach demente Form der Dementia praecox. Archiv für Psych. Bd. 37.

Patientin wurde unverträglich, sorgte nicht mehr für den Haushalt usw. Erst nach langer Zeit stellte sich ein nicht sehr erheblicher Schwachsinn ein. Die Schwierigkeiten der Begutachtung eines solchen Falles in seinen Anfangsstadien bei einer eventuellen Ehescheidungsklage liegen auf der Hand.

In den vorstehenden Blättern sollte gezeigt werden, welch umfangreiche Beziehungen sich zwischen dem vielgestaltigen Krankheitsbilde der Dementia praecox und dem Straf- und Zivilgesetz entwickeln können. Es wurde der Nachweis versucht, daß dieser Krankheit vom forensischen Standpunkte aus eine eminente, immer wachsende Bedeutung zukommt, welche die der meisten anderen Geisteskrankheiten überragt. Auf die Schwierigkeit der Erkennung, namentlich der einfach dementen Form wurde besonders hingewiesen. Jene mehr oder minder Verblödeten bilden als ein großer Prozentsatz der Landstreicher und auch zum Teil der immer wieder rückfälligen Verbrecher eine wahre Plage der Gesellschaft. Sie gehören mit zu den vielen, denen man mit den Grundsätzen des modernen Strafrechts nicht gerecht werden kann.

Für sie gilt besonders, was von *Kraepelin*[1]) u. a. (*Leppmann*, *von Liszt*, *van Calker*, *Delbrück*, *Seuffert*) für die humanere, auf psychiatrischer Erkenntnis beruhende Ausgestaltung unseres Strafrechtes gefordert wird.

[1]) *Kraepelin*, Zur Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. I. Jahrg. 1905.



Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie zu Danzig am 29. Juni 1908.

Anwesend waren: *Birnbacher*-Danzig, *Birnbaum*-Conradstein, *von Blomberg*-Dziekanka, *Boege*-Danzig, *Deutsch*-Lauenburg i. Pomm., *Dodillet*-Owinsk, *Farne*-Danzig, *Freymuth*-Zoppot, *Gillwald*-Allenberg, *Hantel*-Neustadt (Westpr.), *Havemann*-Tapiau, *Herse*-Schwetz, *Heinze*-Neustadt (Westpr.), *Hieronymus*-Lauenburg i. Pomm., *Ketz*-Conradstein, *Krüger*-Tapiau, *Lauschner*-Treptow a. R., *Luther*-Lauenburg i. Pomm., *Mercklin*-Treptow a. R., *Meyer*-Königsberg i. Pr., *Puppe*-Königsberg i. Pr., *Pieszeczek*-Conradstein, *Rothamel*-Danzig, *Schiedat*-Neustadt (Westpr.), *Schütze*-Owinsk, *Seemann*-Danzig, *von Seydlitz*-Allenberg, *Siemens*-Lauenburg i. Pomm., *Steinert*-Speichersdorf, *Stoltenhoff*-Kortau, *Taubert*-Lauenburg i. Pomm., *Tomaschny*-Treptow a. R., *Wallenberg*-Danzig, *Warschauer*-Hohensalza, *Werner*-Owinsk. Im Ganzen 35 Teilnehmer.

Seine Abwesenheit hat entschuldigt: *Schultze*-Greifswald.

Mercklin als Geschäftsführer eröffnet die Versammlung und gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Kreisarzt Dr. *Heise*-Culm, dessen Andenken durch Erheben von den Sitzen geehrt wird. Zum Schriftführer wird *Tomaschny*-Treptow gewählt. Versammlungsort für 1909 ist wiederum Danzig, für die Geschäftsführung werden *Dubbers*-Allenberg und *Rabbas*-Neustadt (Westpr.) gewählt.

Mercklin erstattet den Kassenbericht, es wird ein Mitgliedsbeitrag von 1 M. erhoben.

Als Referatthema für 1909 wird auf Antrag von *Meyer*-Königsberg gewählt: „Die körperlichen Erscheinungen bei Dementia praecox.“ Zu Referenten werden *Meyer*-Königsberg und *Tomaschny*-Treptow bestimmt.

Die Versammlung beschließt die Absendung eines Glückwunschtelegrammes an Geh.-Rat *Krömer*-Conradstein, der am 1. Juli d. J. das 25 jährige Jubiläum seiner Tätigkeit als Anstaltsdirektor feiert. *Siemens*-Lauenburg dankt für die Glückwünsche, die er aus gleicher Veranlassung am 1. April d. J. erhalten hat.

Der Vorsitzende verliest ein Antwortschreiben des Landeshauptmanns der Provinz Westpreußen, der für eine an ihn ergangene Einladung zur Sitzung dankt und die Gründe seines Fernbleibens angibt.

Meyer-Königsberg berichtet (außerhalb der Tagesordnung) über folgenden Fall: 35 jährige Frau, kinderlose Ehe, früher gesund. 2. Mai 1908 eitrige Angina, die in einigen Tagen ablief. Ende Mai 1908 Schmerzen im ganzen Körper, besonders in der Herzgegend. 9. Juni 1908 unklar, phantasierte, ängstlich, sprach nach, steife Haltung.

10. Juni 1908 Aufnahme in die Klinik. Ruhig, matt. Schlecht orientiert, besonders über Ort und Zeit. Faßt schwer auf, spricht wenig und abgerissen, Stimmung deprimiert, einzelne Versündigungsideen; ißt nicht.

Körperlich sehr dürftiger Ernährungszustand, sonst nichts Besonderes, im Urin Indican. 11. Juni Fieber (38,3°), das einige Tage anhielt, nie sehr hoch war, dann wechselnde Temperatur; Milzschwellung.

Psychisch in den nächsten Tagen: Dauernde Unklarheit („vergesse das Denken"), einzelne Halluzinationen, stereotype Bewegungen, spricht abgerissen, einzelne Zahlen, wiederholt. 13. Juni 1908. Im Blut sehr zahlreiche Staphylokokken (Hygienisches Institut). Na-Cl-Infusionen, außerdem — einige Tage später — Collargol 1,0 : 100,0 p. os resp. p, Klysma. Seitdem fortschreitende körperliche Besserung. Spricht nicht, wehrt ab. 22. Juni. Etwas freier, doch stets träumerisch, unklar. 23. Juni. Andeutung von Aphasie: Messer? Schlüssel — Feder — Spitzmesser — wird geschnitten.

Korkzieher? Scharf, spitzt etwas zu, usw. Ball? Feder — — Trompete? Spitze, Spitze — —. Deutliche Perseveration.

23. Juni 1908. Liquor cerebrospinalis chemisch, mikroskopisch, bakteriologisch frei. Jetzt noch sehr unklar, spricht wenig, wird mit der Sonde ernährt.

Es handelt sich nach allem um eine Amentia, deren ursächlichen Zusammenhang mit der eitrigen Angina der Staphylokokkennachweis im Blute anzeigt als Ausdruck der Pyämie. Erwähnenswert sind die Stereotypien, ferner die aphasischen Erscheinungen, hier offenbar psychisch bedingt, ferner der negative Liquorbefund gegenüber dem positiven Blutbefund, wobei *Meyer* die Notwendigkeit der Blutuntersuchung betont, endlich die anscheinend günstige Wirkung des Collargol, das vielleicht auch sonst bei Amentia, Delirium acutum usw. infektiöser oder toxischer Herkunft versucht werden sollte.

Herse-Schwetz demonstriert Schädel und Gehirn einer Mikrozephalen. Es handelt sich um eins von vier mikrozephalen Geschwistern, von denen sich drei seit 1888 in der Schwetzer Anstalt befinden. Vier Geschwister sind normal. Erbliche Belastung nicht wesentlich nachweisbar. Die Kranke starb im Alter von 54 Jahren an Lungentuberkulose. Die noch in der Anstalt lebenden Geschwister sind zurzeit 61 resp. 57 Jahre alt. Psychisch

standen die drei Geschwister auf einer sehr niedrigen Stufe. (Ausführliche Mitteilung ist beabsichtigt.)

Referat: Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen bezw. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten.

Erster Referent *Stoltenhoff*-Kortau:

Ref. weist auf die Anhäufung geisteskranker Verbrecher und nach § 51 StGB. freigesprochener Individuen in den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten hin; so befinden sich in Kortau, obwohl die Provinz Ostpreußen in Tapiau eine Anstalt für gewalttätige geisteskranke Männer mit 68 Plätzen besitzt, zurzeit 83 Männer und 18 Frauen, welche mit dem Strafgesetzbuch in Konflikt geraten sind; dazu kommen 6 Fürsorgezöglinge. Forscht man den Ursachen dieser Tatsache nach, so ist ein großer Teil dieser Kranken zu Unrecht verurteilt worden, und es muß deshalb bei der Aburteilung angeschuldigter Personen häufiger als bisher ein psychiatrisch gebildeter Arzt zugezogen werden, insbesondere muß als Forderung aufgestellt werden, daß kein Kind zur Fürsorgeerziehung verurteilt werden darf, bevor es von einem Irrenarzt begutachtet worden ist.

Die Anhäufung derartiger Kranker in den Anstalten ist, obwohl ein Teil derselben fleißige und harmlose Insassen sind, vom Übel wegen der oft vorkommenden Neigung zu Querulieren, Komplotten und Fluchtversuchen; es ist daher das Bestreben erklärlich, derartige Elemente der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt fernzuhalten, und an Vorschlägen zur Erreichung dieses Zwecks hat es nicht gefehlt. In den uns am meisten berührenden Kulturstaaten — Frankreich und England — ist die Frage am besten gelöst, resp. in der Lösung begriffen; in beiden Staaten bestehen resp. sind vorgeschlagen Gesetze — nicht wie bei uns Ministerialerlasse —, welche diese Materie regeln; es gibt resp. soll geben besondere Anstalten, in welche wegen Geisteskrankheit freigesprochene und in der Haft geistig erkrankte Individuen auf Grund Gesetzes oder Gerichtsbefehls eingeliefert werden, und zwar auf unbestimmte Zeit, so zwar, daß auch die Entlassung gesetzlich geregelt ist; diese Anstalten baut und leitet der Staat. In Preußen sind zurzeit maßgebend die bekannten Ministerial-Erlasse, welche indessen unsern Anforderungen nicht entsprechen; es ist auch bei uns eine gesetzliche Regelung dieser Angelegenheit durchaus erforderlich, allgemein giltige Bestimmungen lassen sich indessen nicht aufstellen, sondern es ist in jedem einzelnen Fall strengste Individualisierung und Berücksichtigung des Werdeganges, des Milieus, des Verhaltens vor dem Verbrechen, des Bestehens von Alkoholismus usw. erforderlich.

In engem Zusammenhange mit dieser Frage steht die Anrechnung der in Anstalten zugebrachten Zeit auf die Strafhaft.

In dieser Beziehung sind die §§ 487 und 493 StrPO. nicht in Einklang zu bringen, und der mir bekannte Standpunkt der Staatsanwaltschaft steht in direktem Gegensatz zu dem, was meines Erachtens angestrebt werden muß. So lange strikte die Verbüßung einer Strafe in den Mauern des Gefängnisses oder Zuchthauses gefordert wird, wird der von der Geisteskrankheit befallene Verbrecher außer dem schweren Unglück — der Geisteskrankheit — nach Lage der jetzt bestehenden Auffassungen wegen eines Deliktes, welches ihm sonst etwa zwei Jahre oder auch mehr Einschließung verschafft hätte, ungezählte Jahre, womöglich Zeit seines Lebens der Freiheit beraubt sein.

Für das Ungerechte dieser Handhabung, sowie für die Tatsache, daß Individuen, welche nicht vollkommen geheilt sind, zwar des Aufenthalts in einer Irrenanstalt nicht bedürfen, aber auch nicht strafvollzugsfähig sind, fehlt das Verständnis. Die Besorgnis, daß die Anrechnung der Anstaltszeit auf die Strafhaft Simulanten züchten könnte, ist unbegründet. Die Entlarvung der Simulanten ist den modernen Anstaltsärzten in den meisten Fällen leicht. Auch bricht sich die theoretisch wie praktisch durchaus begründete Ansicht Bahn, daß, soweit es mit der wissenschaftlichen Überzeugung irgend vereinbar ist, in zweifelhaften Fällen eher die Anwendbarkeit des § 51 verneint als bejaht, bezw. Strafvollzugsfähigkeit angenommen wird. Die Juristen und das gebildete Publikum stehen aber leider der Psychiatrie und ihren Vertretern mit einem meiner Ansicht nach völlig unbegründeten Mißtrauen gegenüber; dasselbe ist vielleicht erklärlich aus den Anschauungen noch nicht lange zurückliegender Zeiten, in denen die Monomanien proklamiert wurden und viele Ärzte ihren Beruf darin sahen, Angeschuldigte zu exkulpieren. In dieser Hinsicht ist ein vollständiger Umschwung eingetreten; die moderne Psychiatrie mit ihren vervollkommneten Hilfsmitteln strebt einzig und allein nach der Erkenntnis der Wahrheit; sie will dem Juristen eine unparteiische und unentbehrliche Ratgeberin sein, und durch dieses Zusammenarbeiten von Juristen und Psychiatern, wie es Professor *Sommer* in Gießen erfolgreich angestrebt und in die Wirklichkeit umgesetzt hat, wird die Erforschung der Wahrheit ermöglicht und die so notwendige Übereinstimmung dieser beiden Faktoren herbeigeführt.

Viel zur Erreichung dieses Zieles wird es beitragen, wenn die maßgebenden Behörden die Überzeugung haben, daß der Versuch einer beabsichtigten Entlassung auch von Erfolg gekrönt sein wird; es gilt darum, die zu Entlassenden nicht ohne Anhalt in die Welt hinauszustoßen, sondern Stellen zu schaffen, wo ihnen Arbeit, Schutz vor Rückfall und eventuell Unterstützung zuteil wird; in dieser Beziehung wirkt in Ostpreußen sehr segensreich ein Verein — Alkohol-Wohlfahrtstelle — in Königsberg. Derselbe unternimmt es, für die zu entlassenden Alkoholiker, auch kriminelle, einzutreten; es empfiehlt sich aber auch, für die nicht alkoholischen verbrecherischen Geisteskranken Vereine zu gründen, also Vereine für ent-

lassene Geisteskranke, und es muß die Gründung solcher Vereine eventuell mit behördlicher Unterstützung angestrebt werden; ich bezweifle nicht, daß eine solche Tat gute Früchte zeitigen würde. In jedem Falle aber müssen wir eintreten für gesetzliche Regelung dieser ganzen Materie, und ich empfehle Ihnen die von uns gemeinsam aufgestellten Thesen zur Annahme, damit auch wir an unserm Teil dazu beitragen, daß Zustände beseitigt werden, auf welche der alte Spruch paßt: Summum jus summa injuria.

Zweiter Referent *Puppe*-Königsberg:

Meine Herren! Herr *Stoltenhoff* hat Ihnen soeben die wichtigsten für das uns beschäftigende Thema in Betracht kommenden gesetzlichen Bestimmungen angeführt. Meine Aufgabe wird es sein, Ihnen darzustellen, wie sich die Verhältnisse in der Praxis gestalten, und Ihnen sodann einige Vorschläge zu machen, die zu akzeptieren Herr *Stoltenhoff* und ich Sie bitten.

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit.

Der Begriff der gemeingefährlichen Geisteskrankheit findet sich nirgends im Gesetz; gleichwohl ist die Vorstellung, daß ein Geisteskranker häufig gemeingefährlich ist, zweifellos dem Volksbewußtsein sehr geläufig, nur schwanken die Definitionen der Gemeingefährlichkeit noch außerordentlich hin und her, und es ist zuvörderst unsere Aufgabe, nachzuforschen: was man denn eigentlich unter Gemeingefährlichkeit und unter gemeingefährlicher Geisteskrankheit zu verstehen habe.

Sind etwa — so will ich zunächst fragen — alle diejenigen Persönlichkeiten, welche auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen werden, gemeingefährlich geisteskrank? Keineswegs! Unmöglich würden wir einen Menschen, welcher auf Grund des § 51 StGB. von der Anklage freigesprochen wird, daß er unbefugt Eier oder Junge von jagdbarem Federwild oder von Singvögeln ausgenommen habe, für gemeingefährlich geisteskrank erklären können, nur eben deshalb, weil er diese Delikte begangen hat. Ebensowenig würden wir einen Menschen für gemeingefährlich geisteskrank erklären können, der nach § 51 StGB. freigesprochen ist, nachdem er unbefugt in einen Weinberg gegangen ist, oder der vor beendeter Ernte über einen bestellten Acker seinen Weg genommen hat, der mit einer Einfriedigung versehen war.

Das sind, meine Herren, Übertretungen im Sinne des Strafgesetzbuches, und wir können von den Delikten, die das Strafgesetzbuch nennt, die ganze große Klasse der Übertretungen ausscheiden als solche Zustandsmerkmale, welche das Vorliegen einer gemeingefährlichen Geisteskrankheit bedingen.

Der Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 15. Juni 1901 trägt diesem Umstand ja auch Rechnung, indem er

müssen, in einer Reihe von Fällen, in welchen es noch nicht zur Begehung eines Verbrechens oder eines nicht ganz geringfügigen Vergehens gekommen ist. Freisprechung nach § 51 StrGB. und Gemeingefährlichkeit decken sich also nicht, das habe ich hier zunächst nachweisen wollen.

Das Strafgesetzbuch spricht im Abschnitt 27 von gemeingefährlichen Verbrechen und Vergehen und versteht darunter: Brandstiftung, Zerstörung von Sachen durch Explosion, Bewirkung einer Überschwemmung, Transportgefährdung, Telegraphengefährdung, Zerstörung von Wasserleitungen, Schleusen, von Schiffahrtsabzeichen, Bewirkung einer Schiffsstrandung, Vergiftung von Brunnen und Gebrauchsgegenständen, Durchbrechung von Quarantainemaßregeln, Nichtinnehaltung von Lieferungsverträgen zu Kriegszeiten, Verstöße gegen die Regeln der Baukunst. Würden wir den Begriff der gemeingefährlichen Geisteskrankheit lediglich auf diese gemeingefährlichen Verbrechen und Vergehen beschränken, so würden wir, meine ich, den Begriff, der uns interessiert, wieder viel zu eng fassen. Immerhin werden wir aber aus den Definitionen, welche der 27. Abschnitt des Strafgesetzbuches nennt, das gemeinsame Zustandsmerkmal für Gemeingefährlichkeit entnehmen können, daß es sich bei allen diesen Delikten um grobe Verstöße gegen die Sicherheit des Verkehrs handelt.

§ 6 Abs. 3 des BGB. enthält eine Definition der Gemeingefährlichkeit, welche ebenfalls hier zu berücksichtigen wäre: entmündigt kann ein Trinker werden, welcher die Sicherheit anderer gefährdet. Also die Gefährdung der Sicherheit eines anderen ist ein weiteres Zustandsmerkmal der Gemeingefährlichkeit. Die Sicherheit des einzelnen und der Gesamtheit ist vom Gesetz gewährleistet, und derjenige Geisteskranke oder Trinker, welcher gegen die diesbezüglichen Bestimmungen sich vergeht, ist als gemeingefährlicher Geisteskranker zu bezeichnen.

§ 361, Nr. 5 enthält folgende Strafbestimmung: „Mit Haft wird bestraft, wer sich dem Spiel, Trunk oder Müßiggang dergestalt hingibt, daß er in einen Zustand gerät, in welchem zu seinem Unterhalt oder zum Unterhalt derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Ver-

mittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß." und § 362 bestimmt, daß die nach Vorschrift des § 361 Nr. 5 Verurteilten auch nach verbüßter Strafe der Landespolizeibehörde überwiesen werden können. Letztere erhält dadurch die Befugnis, die verurteilte Person entweder bis zu zwei Jahren in ein Arbeitshaus zu bringen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden.

Die eben vorgetragenen gesetzlichen Bestimmungen interessieren uns, weil es sich ja hier um die strafrechtliche Behandlung von Trinkern handelt, und weil hier die Möglichkeit gegeben ist, Trinker in Arbeitshäuser einzuweisen oder zu gemeinnützigen Arbeiten zu verwenden. Ich erwähne diesen Punkt hier deshalb, weil ich der Ansicht bin, daß Trinker ganz besonders leicht in einen Zustand der Gemeingefährlichkeit geraten können, und zwar nicht nur, weil sie die Sicherheit anderer gefährden, sondern auch weil sie, wie das der § 361 StGB. auch ausspricht, behandlungsbedürftig, also h i l f s b e d ü r f t i g werden infolge ihrer Trunksucht. Damit aber kommen wir zu einem weiteren Zustandsmerkmal für den Begriff der Gemeingefährlichkeit, insofern als geisteskranke Personen infolge ihrer Geisteskrankheit hilfsbedürftig, pflegebedürftig u. dgl. m. werden können, und als auch sich aus diesem Zustand der Pflegebedürftigkeit auf verschiedenfache Weise ein Zustand der Gemeingefährlichkeit entwickeln kann.

Ein Trinker ist hilfsbedürftig, und man hilft ihm, indem man ihn in eine Trinkerheilanstalt gibt. Ein imbeziller Trottel, der zu schwachsinnig ist, um sich irgendwie durchzuhelfen, und der von jedem zum Besten gehalten wird, der ihm begegnet, ist hilfsbedürftig. Beide werden gemeingefährlich, wenn man sie sich selbst überläßt, der Trinker wird die Sicherheit anderer gefährden, der Trottel wird die öffentliche Sittlichkeit gefährden u. dgl. m.

Was ist nun allen diesen Zuständen aber gemeinsam, so fragen wir weiter. Ich meine, d a ß d a s W e s e n t l i c h e a l l e r d i e s e r Z u s t ä n d e n u r d a s a n t i s o z i a l e H a n d e l n d e s B e t r e f f e n d e n i s t, und daß d i e j e n i g e n G e i s t e s k r a n k e n a l s g e m e i n g e f ä h r l i c h a n g e s e h e n w e r d e n m ü s s e n, w e l c h e i n e r h e b l i c h e r W e i s e a n t i s o z i a l h a n d e l n, oder von denen man sich dessen versehen kann. Derjenige ist dagegen nicht gemeingefährlich, der etwa durch seine Handlungsweise nur eine Belästigung des Publikums verursacht. Antisozial aber ist der Geisteskranke, der sowohl gegen seinen Nächsten als auch gegen sich selbst diejenigen Bedingungen nicht erfüllt, welche die Ruhe des Nächsten und die Sicherheit des Verkehrs und die Erhaltung der eigenen Integrität bedingen.

Nach *Moeli* definiert man den Begriff der Gemeingefährlichkeit als einen Zustand, in dem der Betreffende für sich oder andere gefährlich

oder für die öffentliche Ordnung störend wird. *Aschaffenburg*[1]) nennt einen Geisteskranken gemeingefährlich, der infolge oder wahrend seiner geistigen Störung die allgemeine Rechtssicherheit erheblich gefährdet oder sie zu gefährden droht.

Wenn ich oben Gemeingefährlichkeit definierte als einen Zustand, in dem der Betreffende in erheblicher Weise antisozial handelt, so bin ich mir wohl bewußt, daß damit keineswegs eine scharfe Definition geschaffen ist, und gerade das Wort „erheblich", welches ich meiner Definition eingeschaltet habe, ist ja auch dazu bestimmt, die Schärfen, die die Definition sonst enthalten würde, abzuschwächen. Denn es dürfte schließlich manchmal im einzelnen Falle sehr schwer zu entscheiden sein, wo das soziale Handeln aufhört, und wo das antisoziale Handeln anfängt. Ich bin eben der Ansicht, daß sich eine allen Anforderungen entsprechende Definition der Gemeingefährlichkeit nicht finden läßt, und daß gerade von Fall zu Fall die Frage der Gemeingefährlichkeit, und zwar unter Berücksichtigung aller Umstände des Falles beantwortet werden muß und auch nur so beantwortet werden kann.

Ich bitte dabei zu berücksichtigen, daß derselbe Geisteskranke, der sich in einer pflegsamen Umgebung befindet, sozial brauchbar wird bis zu einem gewissen Grade.

Stößt man ihn hinaus oder kommt er in eine unharmonische Umgebung, in welcher der Kampf ums Dasein in unangenehmer Weise auf ihn einwirken muß, so wird er erregt, gewalttätig, antisozial. Der Trinker, der in eine Guttemplerloge oder in einen Blaukreuzerverein tritt, ist von dem Moment an unter Umständen sozial wieder möglich und brauchbar. Wird er rückfällig, wird er antisozial. Es hängt also in diesen Fällen von der Umgebung ab, ob dasselbe Individuum gemeingefährlich ist oder nicht, und man wird diese Erfahrung sehr zu berücksichtigen haben, wenn es sich darum handelt, einen wegen Gemeingefährlichkeit in eine Irrenanstalt eingewiesenen Menschen wieder aus derselben zu entlassen.

Individualisieren heißt es also, wenn wir jemand für gemeingefährlich erachten wollen.

Und wir möchten uns erlauben, Ihnen aus diesem Grunde unsere These I zu unterbreiten: „Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich."

---

[1]) *Aschaffenburg*: Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker. Sonderabdruck aus der vergleichenden Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Berlin, Otto Liebmann.



Hierbei sind wir uns bewußt, daß der Begriff der Gemeingefährlichkeit streng genommen ein juristischer Begriff ist, ähnlich wie „Geisteskrankheit" und „Geistesschwäche" im Sinne des § 6 BGB. oder „freie Willensbestimmung" im Sinne des § 51 StGB., § 104 BGB. auch lediglich juristische Begriffe sind. Der medizinische Sachverständige muß aber, ebenso wie in den eben erwähnten Fällen, wissen, was er darunter zu verstehen hat.

Die Handhabung der bestehenden Bestimmungen.

Auf Grund der Verfügung des preußischen Justizministers vom 25. Oktober 1882 werden Gefangene, welche wegen Geisteskrankheit aus dem Gefängnis entlassen werden, der Polizeibehörde des Entlassungsortes überwiesen; der Entlassungsgrund ist in der betreffenden Verfügung des Gerichts bezw. der Strafvollstreckungsbehörde ausdrücklich anzugeben.

Was nun aber mit Personen zu geschehen hat, welche auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen werden und sich nicht in Haft befinden, darüber besitzen wir, wenigstens soviel mir bekannt ist, keinerlei einschlägige Bestimmungen. Diese Personen werden freigesprochen, obwohl man, wie es mir wenigstens ging, zuweilen das Bedürfnis empfand und dem auch Ausdruck gab, daß hier ein Fall von gemeingefährlicher Geisteskrankheit vorlag. Diese Kranken gehen zurück in ihre Familien, in ihre Wohnung, in ihre Umgebung, und erst ein erneuter Fall von Konflikt mit dem Strafgesetzbuch gibt der Polizei die Möglichkeit, sie zu verhaften und nunmehr aus dem Polizeigewahrsam in die öffentliche Anstalt zu bringen.

Während die Verfügung der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 15. Juni 1904 Geisteskranke, die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen oder auf Grund des § 203 StPO. außer Verfolgung gesetzt sind, und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist, als der Einweisung bedürftig bezeichnet, schließt der Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 16. Dezember 1901, in welchem die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft in das Entlassungsverfahren eingeschaltet wird, naturgemäß die auf Grund des § 51 StGB. Freigesprochenen aus.

Es bleibt also hier dabei, daß die Polizeibehörde ihre Einwendungen zu machen hat. Wenn diese Einwendungen aber auch gemacht werden, so liegt doch die Möglichkeit vor — ich glaube, gleiche Fälle, die sich zumteil kurz nach der Freisprechung ereignet haben, kennen Sie alle —, daß der Betreffende nichtsdestoweniger entlassen wird. Allerdings würde die Verantwortung in diesem Falle, so viel mir bekannt ist, auf den Landeshauptmann übergehen, mit dessen Zustimmung eine solche Entlassung vielleicht doch durchgesetzt werden könnte. Ich kenne auch einen Fall, in welchem der wegen Geisteskrankheit aus dem Strafvollzug

Entlassene, bei dem überdies ein noch schwebendes Strafverfahren gemäß § 203 StPO. vorläufig eingestellt war, beurlaubt und entlassen wurde, ohne daß die Polizeibehörde überhaupt gefragt worden ist. Solche Vorkommnisse sind bedauerlich und sicherlich nicht zweckentsprechend, denn sie rauben uns — wenn Sie mir den Ausdruck gestatten — den Kredit bei den Strafvollzugsbehörden und bei den Gerichten. Denn diese halten uns nicht mit Unrecht vor, daß eine Freisprechung auf Grund des § 51 StGB. für den betreffenden Angeklagten weiter keine Folgen nach sich ziehe, als eine vielleicht kurze Zeit in der Anstalt zu verweilen und dann entlassen zu werden, während die Respektierung der öffentlichen Sicherheit durch ihn in keiner Weise gewährleistet sei.

Für nicht völlig einwandfrei halte ich übrigens auch die Bestimmung in dem Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 15. Juni 1901 hinsichtlich der Innehaltung der Frist von drei Wochen. Wird die Frist nicht innegehalten, so ist die Anstalt berechtigt, den Betreffenden zu entlassen. Ich verkenne nicht, daß das vollkommen in der Ordnung ist, aber wenn nun einmal die Verfügung der Polizei, welche Einspruch erhebt, einen Posttag zu spät kommt, nachdem die Entlassung erfolgt ist, so erzeugt das Mißstimmung.

Sodann möchte ich noch etwas erwähnen, das ist die persönliche Verantwortlichkeit des ärztlichen Sachverständigen, der in seinem Gutachten erklärt, der Betreffende sei gemeingefährlich. In Anbetracht der nicht präzisen Definition, welche der Begriff der gemeingefährlichen Geisteskrankheit leider haben muß, wird die Verantwortlichkeit des Sachverständigen eine sehr große, um so größer, als ja doch die Einweisung und Verwahrung in der Irrenanstalt eine nicht für eine bestimmte Zeit erfolgende, sondern eine mit zumeist unbeschränkter Dauer geschehende sein muß. Gleichwohl wird der gewissenhafte Sachverständige sich dieser Verantwortlichkeit nicht entziehen wollen.

Anders aber ist es, wenn dem Gerichtsarzt, wie es mir in einer Reihe von Fällen passiert ist, die Polizeiakten eines in der Irrenanstalt verwahrten gemeingefährlichen Geisteskranken zugeschickt werden, mit dem Ersuchen um eine Äußerung, ob der Betreffende denn, wie der Irrenanstaltsleiter es angäbe, tatsächlich nunmehr nicht mehr gemeingefährlich sei und deshalb entlassen werden könne. Ich kenne die Betreffenden, deren Namen ich in meinen Akten bezeichnet finde, je länger ich in meinem jetzigen Wirkungskreise bin, um so eher, aber ich kann natürlich nicht annähernd angeben, wie denn ihr momentaner Zustand ist, wie das Milieu ist, in das sie hineinkommen, nachdem sie aus der Anstalt entlassen werden, wie sie sich zur Frage der Alkohol-Abstinenz zu verhalten gedenken u. v. a. m., und doch wären diese Gesichtspunkte für die Beurteilung des Entlassungsgesuches des betreffenden Kranken von großer Bedeutung.

Abänderungsvorschläge.

Aus allen diesen Gründen erlauben wir uns Ihnen folgende Thesen zur Annahme zu unterbreiten:

These II.

Die Einweisung von Personen, bei welchen auf Grund des § 203 StPO. das Verfahren eingestellt ist, oder die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen sind, sowie auch solcher, bei denen das Hauptverfahren wegen Geisteskrankheit gemäß §§ 196, 202 StPO. gar nicht eröffnet ist, sondern die außer Verfolgung gesetzt wurden, in öffentliche Irrenanstalten bedarf gesetzlicher Regelung.

These III.

Das die Einstellung oder Freisprechung anordnende Gericht hat unter Zuziehung des ärztlichen Sachverständigen in jedem Falle zu prüfen, ob eine Einweisung stattzufinden hat.

Wir wünschen insbesondere, daß nicht mehr Verordnungen bestehen, wo Gesetze gebieten sollten, und wir glauben, daß der gegenwärtige Zeitpunkt geeignet dazu ist, um einem diesbezüglichen Wunsch von uns, der auch von vielen anderen Fachgenossen geteilt wird, Erfüllung zu verschaffen. Durch die Zeitungen geht die Nachricht, daß der Entwurf der Strafprozeßordnung in kurzer Zeit dem Bundesrat zugehen werde, und da heißt es für uns, mit unseren Wünschen nicht zurückhalten, sondern sie denen, die es angeht, in angemessener Weise vortragen.

Wir wünschen also — und das ist die Quintessenz dessen, was wir uns erlaubten eben vorzuschlagen —, daß der ärztliche Sachverständige z. B. nach wie vor über die Frage der Gemeingefährlichkeit gehört werde, daß aber das Gericht, welches einstellt oder freispricht, sei es nun Schöffengericht, Beschlußkammer, Strafkammer oder Schwurgericht, unter Prüfung der Frage der Täterschaft beschließt, daß der Betreffende in die Anstalt einzuweisen sei, weil er gemeingefährlich ist. Es erhebt sich die weitere Frage, ob gemeingefährliche Geisteskranke, welche keinen Verstoß gegen das Strafgesetzbuch sich haben zuschulden kommen lassen, in ähnlicher Weise zu behandeln sind. Ich zweifle nicht daran, daß eine derartige Notwendigkeit nicht vorliegt, sondern daß in diesem Falle das Entmündigungsverfahren, welches eventuell seitens der Staatsanwaltschaft betrieben werden müßte, ausreichende Garantien dafür gibt, daß die Einweisung eines gemeingefährlichen, nicht kriminellen Geisteskranken zurecht besteht.

Selbstverständlich kann es in dem Einweisungsbeschluß des Gerichts nicht ausgesprochen werden, wie lange der Betreffende denn zu verwahren ist.

Vorschläge, wie sie z. B. von *E. Meyer* gemacht sind, wonach die Dauer der Einweisung in eine Trinkerheilanstalt resp. bei Gelegenheitstrinkern in eine Erziehungs- und Arbeitsanstalt zum mindesten derjenigen Strafe entsprechen sollte, die bei voller Zurechnungsfähigkeit voraussichtlich in Kraft getreten wäre, sind vielleicht bei Trinkern diskutabel, sie schematisieren aber zu sehr und sind auf die Verhältnisse derjenigen Geisteskranken, welche nicht Trinker sind, nicht anwendbar.

Wir erlauben uns, Ihnen deshalb folgende These IV vorzuschlagen:

Eine Zeitdauer der Einweisung und Verwahrung ist nicht auszusprechen.

Eine Kontrolle über die Notwendigkeit der Weiterverwahrung in der Anstalt wird sich ohne weiteres aus den Entlassungsanträgen des betreffenden für gemeingefährlich geisteskrank erklärten Menschen ergeben.

Denn daß diese Anträge gestellt werden, das ist wohl in jedem Falle mit Sicherheit anzunehmen. Es fragt sich nur, welcher Instanz soll man, wenn wir Ärzte doch als allein verantwortliche Instanz ausscheiden wollen, die Verantwortlichkeit für die Aufhebung des die Gemeingefährlichkeit aussprechenden Beschlusses zuweisen.

Ich glaube, daß es sich am zweckmäßigsten erweist, wenn das Vormundschaftsgericht in denjenigen Fällen, in welchen eine Entmündigung noch nicht statthatte, die Beurteilung der Notwendigkeit einer weiteren Verwahrung bzw. der Zulässigkeit einer Entlassung ausspricht.

Aus diesem Grunde rechtfertigt sich These V:

Es bedarf jedesmal eines Gerichtsbeschlusses, daß Gemeingefährlichkeit nicht mehr vorliegt.

Derartige Entlassungsanträge des Kranken würden ja ohne weiteres durch die Hand des Anstaltsleiters gehen, sie würden von diesem befürwortet oder nicht befürwortet werden. Im letzteren Falle würden sie gar nicht aus der Anstalt herausgehen, und nur im ersteren Falle würden sie an das Vormundschaftsgericht gelangen.

Auf jeden Fall muß natürlich überhaupt eine Beschwerdeinstanz vorhanden sein, und zwar sowohl hinsichtlich des die Einweisung aussprechenden oder ablehnenden Beschlusses, als auch bei Anträgen des Kranken auf Entlassung. Bei beiden Anträgen muß die Staatsanwaltschaft gehört werden. Würde das Schöffengericht oder das Vormundschaftsgericht die Einweisung bzw. Entlassung ablehnen, so müßte das Landgericht als Beschwerdeinstanz die definitive Entscheidung treffen.

Lehnen Land- oder Schwurgericht den Einweisungsantrag ab, dann muß das Oberlandesgericht als Beschwerdeinstanz eintreten.

Unter Berücksichtigung dieser Verhältnisse erlauben wir uns, These VI zu unterbreiten:

Bei jeder Entscheidung des erkennenden Gerichts, daß Gemeingefährlichkeit vorliegt bzw. nicht vorliegt, ist eine Beschwerde an eine höhere Instanz zulässig.

Wir erachten es aber für notwendig, daß diese höhere Instanz informiert werde durch eine Sachverständigenkommission, etwa die ärztliche Besuchskommission, welche auf Grund persönlicher Eindrücke und persönlicher Untersuchung des Verwahrten ihr Gutachten abgibt.

Weniger Worte bedarf es noch, um festzustellen, unter welchen Umständen denn von ärztlicher Seite die Entlassung eines Gemeingefährlichen befürwortet werden darf.

Das kann einmal eintreten, wenn die Heilung der in dem fraglichen Falle vorliegenden Geisteskrankheit erfolgt.

Ferner ist in jedem Falle, mag nun Heilung oder Besserung vorliegen, notwendig, daß Kautelen im Sinne einer Fürsorge für den zu Entlassenden vorhanden sind.

Von den lokalen Verhältnissen wird es abhängig sein, ob diese Fürsorge in Gestalt von verständigen Familienangehörigen oder von Fürsorgevereinen, von Abstinenzvereinen u. dgl. m. an den zu Entlassenden herantritt. Weiter muß die Gewähr bestehen, daß nach der Entlassung zum mindesten für die nächste Zeit eine Beaufsichtigung des Entlassenen durch den zuständigen Medizinalbeamten erfolgt. Es bedarf wohl nur eines Hinweises darauf, daß gerade diese Kautelen, die wir fordern, von enormer Bedeutung für das Gelingen des Entlassungsversuches sind.

Und es erscheint notwendig, daß, wie ich bereits anführte, der Anstaltsleiter, der ein derartiges Gesuch befürwortet, in jedem Falle irgendwelche Garantien besitzt, daß derartige Fürsorgeeinrichtungen für den Betreffenden bestehen.

Wir möchten dieses Thema nicht verlassen, ohne nicht noch einmal einem Wunsche Ausdruck gegeben zu haben, der uns allen sehr am Herzen liegt, und das ist die Möglichkeit einer Anrechnung der in einer Irrenanstalt verbrachten Zeit in die Zeit der erkannten Strafe bei denjenigen Personen, welche während der Strafverbüßung geistig erkrankt sind.

Eine Anrechnung der Erkrankungszeit auf die Strafdauer in allen Fällen glauben wir aus denselben Gründen, die *Moeli* in der letzten Ausgabe von *Aschaffenburgs* Zeitschrift anführt, nicht befürworten zu sollen. Eine Analogie der Unfallhysterie mit einer bei obligatorischer Anrechnung zu erwartenden Gefängnishysterie erscheint auch uns nicht allzuweit vom Wege liegend.

Herr *Stoltenhoff* hat bereits hierauf hingewiesen, und auch ich kann mich dem nur anschließen. Wir erlauben uns deshalb, These VII zu unterbreiten:

These VII.

Geisteskrank gewordenen Verbrechern kann die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden.



Die Art der Anstaltsverwahrung.

Nunmehr aber erhebt sich die Frage, welcher Art die Anstalten sein sollen, in welchen gemeingefährliche Personen verwahrt werden.

Zunächst kann es hierbei keinem Zweifel unterliegen, daß jede Irrenanstalt Mittel besitzen muß und auch besitzt, um gemeingefährliche Personen, welche nicht kriminell sind, zu verwahren. Diese Personen gehören in die Irrenanstalt.

Seitens der Anstaltsärzte wird immer wieder wohl mit Recht betont, daß das Niveau der Anstalt durch die vielen in den Anstalten befindlichen gemeingefährlichen Verbrecher heruntergedrückt werde, und daß es sich aus diesem Grunde empfiehlt, besondere Irrenanstalten für gemeingefährliche Geisteskranke zu errichten.

Aschaffenburg führt an, daß man drei verschiedene Vorschläge unterscheiden könne, die auch in der Praxis ihre Verwirklichung gefunden hätten.

1. Kriminale Irrenanstalten.
2. Adnexe an Strafanstalten.
3. Unterbringung in den gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die Adnexe an Strafanstalten hält er für geeignet zur Beobachtung suspekter Fälle. Am zweckentsprechendsten hält er die Verwahrung in den gewöhnlichen Irrenanstalten, meint aber, daß für größere Irrenanstalten wohl besondere Adnexe (feste Häuser u. dgl.) notwendig seien.

Die Einrichtung von selbständigen kriminellen Irrenanstalten hält er für ungeeignet.

Gewiß ist der Widerstand der Leiter der öffentlichen Anstalten ein berechtigter, aber man wird doch auch schließlich mit den Verhältnissen rechnen müssen.

Und da ergibt sich nun, daß es wohl außerordentlich schwer sein wird, Geisteskranke, welche sich in einem Strafanstaltsadnex befinden, in gehöriger Weise zu behandeln und zu beeinflussen. Immerhin wird es namentlich bei einer kleineren Anzahl der Insassen gelingen. Es wird sich daraus die Notwendigkeit ergeben, einen Teil der gemeingefährlichen Kranken in die Provinzialanstalten abzugeben.

Insbesondere die Fälle, bei denen sich ein Versuch der Entlassung in absehbarer Zeit empfiehlt. Man darf doch nicht vergessen, daß die Vorbereitung eines Individuums für die Freiheit mit allen ihren Rechten und Pflichten nur höchst unzweckmäßiger Weise in dem Adnex einer Strafanstalt erfolgen könnte. Sodann daß gerade Verbringung in eine Provinzialanstalt für den Insassen eines Zuchthausadnexes vom psychiatrischen Standpunkt aus einen Reiz darstellt, welcher sein Verhalten in vielen Fällen in der Anstalt bestimmen dürfte. Würde sich andererseits in einer Provinzialanstalt ein krimineller Geisteskranker unzweckmäßig aufführen, so würde sicher die Aussicht für ihn, in einen Strafanstalts-

adnex zurückgebracht zu werden, hemmend auf ihn einwirken können und ihn von der Fortführung disziplinarwidrigen Benehmens abzuhalten geeignet sein.

Ich befürworte also ein gemischtes System, welches sowohl Strafanstaltsadnexe als auch die ordentlichen Irrenanstalten bei der Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker berücksichtigt.

In jedem Falle muß aber prinzipiell zunächst die Einweisung in einen Strafanstaltsadnex erfolgen.

Daß gemeingefährliche Trinker, bei denen die Heilung nicht ausgeschlossen ist, in Trinkerheilanstalten verwahrt werden, nachdem auch sie zunächst in die Strafanstaltsadnexe eingeliefert sind, scheint mir selbstverständlich.

Hierbei erachte ich es auch für notwendig, wieder einmal darauf hinzuweisen, daß wir gerade in Anbetracht der Trinkerheilanstalten bei uns in Deutschland eigentlich noch in den Kinderschuhen stecken, und daß es notwendig ist, solche Trinkerheilanstalten anzulegen. Die Irrenanstalten würden dadurch eine erhebliche Entlastung erfahren.

Wir schlagen deshalb These VIII vor.

Grundsätzlich ist die Forderung aufzustellen, daß der Staat die Sorge für die gemeingefährlich erklärten kriminellen Geisteskranken übernimmt und dieselben zunächst in besonderen Anstalten unterbringt; in geeigneten Fällen empfiehlt sich aber die spätere Unterbringung in einer ordentlichen Irrenanstalt (Provinzialanstalt u. dgl.), zumal wenn eine Entlassung des Betreffenden in Frage kommen soll.

Indem wir Sie, meine Herren, um Annahme dieser Thesen bitten, sind wir uns dessen bewußt, daß die Abänderungsvorschläge einer Forderung nach einer wesentlichen Ergänzung jetzt gültiger Gesetze entsprechen. Freisprechung wegen Geisteskrankheit erfordert ein Korrelat: die Behandlung des Freigesprochenen in allen irgendwie wichtigen Fällen. Dazu, daß eine solche Behandlung eintrete, und daß der Eintritt der Behandlung auch wirklich gewährleistet sei, sollen unsere Vorschläge einen Beitrag bilden.

Diskussion:

Steinert schlägt vor, die ärztliche und Verwaltungsfrage zu trennen und die Thesen zu reduzieren auf die wichtigsten Unterlagen, d. h.

1. Motive der Gemeingefährlichkeit (antisozial — Selbstbeschädigung);
2. auf den Anspruch, daß dem geisteskranken Verbrecher sein Anstaltsaufenthalt auf die Strafhaft angerechnet werden muß.

Meyer befürwortet die Annahme der Thesen und ist der Ansicht, daß doch vom ärztlichen Standpunkte aus Verwaltungs- resp. gesetzliche



Maßregeln vorgeschlagen werden können, ja müssen, da sonst den ärztlichen Wünschen noch weniger Rechnung getragen wird. Ob die These VIII in Preußen erreichbar, ist sehr zweifelhaft.

Siemens wünscht den Begriff der Gemeingefährlichkeit in These I nicht besonders zu definieren. In These III soll ein psychiatrischer Sachverständiger verlangt werden. Ein Entmündigungsantrag könne nicht durch Gemeingefährlichkeit begründet werden, es müsse sich immer um die Geschäftsunfähigkeit des Betreffenden handeln. Geisteskrank gewordenen Verbrechern solle stets die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden, es genüge nicht, daß nur die Möglichkeit für einzelne Fälle im Gesetz vorgesehen werde. In Preußen sei infolge der den Provinzen durch die Dotationsgesetze vom 30. April 1873 und vom 8. Juli 1875 erwachsenen Pflichten nicht damit zu rechnen, daß der Staat die Fürsorge für die verbrecherischen Geisteskranken in staatlichen Anstalten übernehme.

Meyer: Die hier gemeinten Gemeingefährlichen sind auch nicht imstande, ihre Angelegenheiten selbst zu besorgen, und deshalb geeignet für die Entmündigung. *M.* unterstützt die vorgeschlagene Fassung der These VII und verweist auf die unlängst erfolgten Äußerungen *Moelis* in dieser Frage (Monatsschrift für Kriminalpsychologie), daß die unbedingte Anrechnung jeder Anstaltsbehandlung keineswegs für alle Kranke ausnahmlos ein Vorteil sei.

Seemann schlägt zu These V vor, statt Gerichtsbeschluß zu setzen: Beschluß der zuständigen Behörde (Polizeibehörde). Er wünscht, daß die heute anzunehmenden Thesen nicht nur dem Justizminister, sondern auch den beiden anderen in Betracht kommenden Ministerien (M. des Innern, M. der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten) unterbreitet werden.

Meyer erinnert an die Vorschläge, die in bezug auf die verminderte Zurechnungsfähigkeit von der J. K. V. gemacht sind, wo auch ein dem Entmündigungsverfahren analoges Verfahren für die Verwahrung ins Auge gefaßt war. Dadurch soll gerade verhindert werden, daß der Polizei alle diesbezüglichen Maßregeln überlassen bleiben, wie es ja auch die Thesen anstreben.

Puppe will gerade die Polizei als einweisende Behörde ausgeschaltet wissen, weil sich das bisherige Verfahren nicht bewährt hat, und wünscht ein richterliches Urteil.

Nach weiteren Bemerkungen von *Deutsch*, *Luther*, *Birnbacher*, *von Seydlitz* zu den Thesen wird die Diskussion geschlossen.

Die Thesen werden hierauf in folgender Fassung angenommen:

I.

Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich.

II.

Die Einweisung von Personen, bei welchen auf Grund des § 203 StPO. das Verfahren eingestellt ist, oder die auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen sind, sowie auch solcher, bei denen das Hauptverfahren wegen Geisteskrankheit gemäß § 196, 202 StPO. garnicht eröffnet ist, sondern die außer Verfolgung gesetzt wurden, in öffentliche Irrenanstalten bedarf unter gleichzeitiger Prüfung der Tatfrage gesetzlicher Regelung.

III.

Das die Einstellung oder Freisprechung anordnende Gericht hat unter Zuziehung des psychiatrisch vorgebildeten Sachverständigen in jedem Falle zu prüfen, ob eine Einweisung stattzufinden hat.

IV.

Eine Zeitdauer der Einweisung und Verwahrung ist nicht auszusprechen.

V.

Es bedarf jedesmal eines Gerichtsbeschlusses, daß Gemeingefährlichkeit nicht mehr vorliegt.

VI.

Bei jeder Entscheidung des erkennenden Gerichts, daß Gemeingefährlichkeit vorliegt, bzw. nicht, bzw. nicht mehr vorliegt, ist eine Beschwerde an eine höhere Instanz zulässig.

VII.

Geisteskrank gewordenen Verbrechern kann die in Irrenanstalten verbrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet werden.

VIII.

Grundsätzlich ist die Forderung aufzustellen, daß der Staat die Sorge für die gemeingefährlich erklärten kriminellen Geisteskranken übernimmt und dieselben zunächst in besonderen Anstalten unterbringt; in geeigneten Fällen empfiehlt sich aber die spätere Unterbringung in einer ordentlichen Irrenanstalt (Provinzialanstalt u. dgl.), zumal wenn eine Entlassung des Betreffenden in Frage kommen soll. —

Es wurde beschlossen, unter Übersendung der Thesen den in Frage kommenden staatlichen Ministerialbehörden von dieser Beschlußfassung Kenntnis zu geben.

Tomaschny-Treptow: „Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox.“ — T. führt aus, daß der Kopfschmerz ein sehr häufiges Symptom nicht nur im Beginn, sondern auch im Verlauf der Dementia praecox sei. Unter Vorführung von Krankengeschichten wird das Verhalten des Kopfschmerzes näher geschildert, welches im wesentlichen ein remittierendes und exazerbierendes ist. Der Kopfschmerz kommt und geht mit den katatonischen Erregungszuständen. Auch die

Tatsache des Kopfschmerzes kann dahin verwertet werden, daß die Dementia praecox ein auf einer Selbstvergiftung beruhender Krankheitsprozeß ist.

Wallenberg-Danzig: „Die Bedeutung der Haubenkommissur der Flocculi.“ Der Vortragende hat anläßlich seiner Versuche, den frontalen sensiblen Trigeminuskern zu zerstören, ein Komissurenbündel zwischen den Flocculi zur Degeneration gebracht, das den gleichen Verlauf (hufeisenförmiger, spinalwärts offener Bogen) besitzt, wie das von *von Bechterew* entdeckte „ventrale Bindearmbündel“, welches *v. B.* als Kommissur der von ihm beschriebenen Vestibulariskerne ansah. Ob das Bündel in dem zentralen Kerne des Flocculus oder in dessen dorso-medialer Fortsetzung seinen Ursprung besitzt, muß dahingestellt werden, sicher aber ist seine Endigung in der gekreuzten Flockenrinde. Durch die Dicke seiner Fasern und frühzeitige Markreifung ist es als ontogenetisch altes System charakterisiert, und da ein gleiches Bündel auch bei niederen Vertebraten (anatomisch bei Vögeln und Teleostiern, degenerativ bei Selachiern) vom Vortragenden beobachtet werden konnte, muß es auch phylogenetisch als eine der ältesten Faserungen des Hirnstammes bezeichnet werden. Die Flocculi, die durch dieses Kommissurenbündel verbunden werden, sind wie die homologen Kleinhirnteile bei niederen Vertebraten ebenfalls ein phylogenetisch alter Besitz. Die von *Bolk* nachgewiesenen Beziehungen der verschiedenen Kleinhirnabschnitte zu den einzelnen Muskelprovinzen des Körpers treffen für die Flocculi anscheinend nicht zu. Diese besitzen vielmehr enge Verbindungen mit den Endstätten beider Wurzeln des Nervus octavus, bei Säugern speziell auch mit dem Nucleus ventralis cochlearis (*Cramer*). Es läßt sich bei Katzen ein ganz allmählicher Übergang der Körnerschicht der Flocculusrinde in den Nucleus ventralis acusticus darstellen. Die Commissura flocculi tegmentalis verbindet also bei Säugern Kleinhirnteile, die, wie bei niedersten Vertebraten, als übergeordnete Zentren des gemeinsamen Nervus octavus gelten können und gleichzeitig durch Eindrücke vom Vestibularis und Cochlearis erregt werden. Die Frage nach der Natur dieser gemeinsamen, gewissermaßen undifferenzierten Octavuserregungen ist noch nicht geklärt.

Die Vorträge von *Lauschner*-Treptow (Beitrag zu einer Pflegerfrage) und *Mercklin* (Paranoiafragen) mußten wegen vorgerückter Zeit ausfallen.

Tomaschny.

Kleinere Mitteilungen.

Am 3. und 4. Oktober findet die 2. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte in Heidelberg statt. Als Verhandlungsgegenstände sind angesetzt: 1. Die Stellung der Neurologie in der Wissenschaft und Forschung, in der Praxis und im medizinischen Unterricht (Ref.: *H. Oppenheim*); 2. Die Diagnose der Syphilis bei Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Ref.: *W. Erb, M. Nonne, A. Waßermann*).

Entlarvung einer Simulantin. — Ob Simulation von Geistesstörung häufig ist, wird verschieden angegeben. Nach den Erfahrungen des Verfassers ist sie nicht nur häufig, sondern im Zunehmen begriffen insbesondere bei rückfälligen und solchen Rechtsbrechern, die schon einmal wegen Feststellung ihres Geisteszustandes in einer Irrenanstalt beobachtet worden waren. Nun ist es in solchen Fällen doch auch schon vorgekommen, daß nachträglich festgestellt worden ist: trotz des positiven Ausfalls der sechswöchentlichen Beobachtung lag doch Simulation vor. Und andrerseits ist das Ergebnis der Beobachtung zur Feststellung eines früheren Geisteszustandes nach Verfassers Wahrnehmungen in der Regel negativ; das Gutachten stützt sich gewöhnlich dann nur auf die früheren Zeugenaussagen, die in der Verhandlung oft von andrer Seite neue, wichtige Ergänzungen erfahren und andere Auffassung bedingen.

Freisprechung von Simulanten und später Verurteilung wegen Rückfalls dürften noch immer Interesse beanspruchen, namentlich dann, wenn die Entlarvung ungewöhnlich ist. Bekanntlich ist mitunter die Erkennung einer Paranoia einem gelegentlichen Zufalle zu danken. Vor längerer Zeit einmal war ein Fall bekannt gegeben, in dem ein schwerer Verbrecher erst kurz vor Ablauf der sechs Wochen durch eine Äußerung einem Wärter gegenüber eine fixe Wahnvorstellung verriet, so daß er noch rechtzeitig als geisteskrank begutachtet werden konnte. Am häufigsten sah Verfasser, daß Gefangene Stimmen hören, drohende Personen sehen wollten, oder daß sie Stummheit, Unreinlichkeit, gänzliche Amnesie zeigten. Mitunter war direkt nachweisbar, daß sie anderweitig von solchen Symptomen Kenntnis erlangt und diese deshalb

simulieren wollten, um aus dem zunächst in Aussicht zu nehmenden städtischen Krankenhaus, ev. später der Irrenanstalt flüchten zu können.

Der nachfolgende Fall betrifft eine ca. 30jährige Frau, die schon als Mädchen wegen Diebstahls, später wiederholt, u. a. wegen Kuppelei, bestraft worden war. Wegen Diebstahls einer Uhr, die auf ihrem bloßen Körper gefunden wurde, von neuem verhaftet, wurde sie vom Schöffengericht (1906) freigesprochen, weil zwei beamtete Ärzte angaben, sie sei mit Krämpfen, Sinnestäuschungen behaftet, und weil sie auch im Termin vernehmungsunfähig erschien. Dasselbe Bild zeigte sie anfangs in der Irrenanstalt, von wo sie nach vier Wochen als gebessert — ruhig und anscheinend vernünftig — dem Manne zurückgegeben wurde. Nachdem sie sich in Berlin usw. aufgehalten hatte, wegen Diebstahls von neuem eingesperrt, zeigte sie in der Gefängnisanstalt ca. drei Wochen lang, abgesehen von Krämpfen, ein so verwirrtes Verhalten, daß sie Aufseherinnen, Inspektor, Gefängnisarzt, Staatsanwalt für entschieden geisteskrank hielten. Meist stumm, dann wieder hochgradig ernst, erzählte sie von der „schwarzen Frau", die gesagt hat: „Ich heiße Hynose", die sie erschießen und erstechen wollte, von den Zurufen durch das Fenster, zerschlug Scheiben, bemalte die Wände und schrieb das tollste Zeug durcheinander. Kurz vor dem Haupttermine las Verfasser ihr ein von ihr niedergeschriebenes Grabeslied vor und bemerkte ihr mit teilnehmender Stimme, jedoch unter Durchblicken, daß er sie nicht ernst nähme: „das Lied ist so schön, so rührend. Wollten Sie nicht so gut sein, es zu einer Leier zu singen?" Die Aufseherin fing an zu lachen; die Gefangene dito. Und nun erklärte ich ihr, daß wir uns hier nicht so was vormachen ließen wie die Br., und daß sie die Komödie nun endlich aufgeben sollte. Von dem Augenblicke an war sie verständig, versprach in der Hauptverhandlung sich richtig auszulassen und hat ihr Versprechen gehalten. Der Staatsanwalt hatte zwei Jahre beantragt; die Strafkammer verurteilte sie, zu ihrer großen Befriedigung, nur zu sechs Monaten. Sie hat dann sofort um Arbeit gebeten und wird sich voraussichtlich keine Unbotmäßigkeiten mehr zu schulden kommen lassen.

Dr. *Herm. Kornfeld.*

Nekrolog *Hubert Ulrich.* — Am 13. Juli d. J. verstarb in Wiesbaden der Geheime Sanitätsrat Dr. *Hubert Ulrich* aus Eberswalde. Mit ihm ist ein Kollege aus dem Leben geschieden, der über 33 Jahre als Irrenarzt tätig gewesen war und durch seine langjährige Wirksamkeit an der Landesirrenanstalt Eberswalde an der Entwicklung dieser Anstalt und an der Ausgestaltung des gesamten Irrenwesens der Provinz Brandenburg einen hervorragenden Anteil gehabt hat.

Am 17. Oktober 1832 zu Ückermünde geboren, bezog er im Jahre 1850 die Universität, studierte erst ein Jahr Jurisprudenz und

ging dann zum Studium der Medizin über. Nachdem er im Januar 1856 promoviert und im Juni 1856 die Approbation als Arzt erlangt hatte, übte er in Ückermünde und Stepenitz einige Jahre ärztliche Praxis aus und wurde im Juli 1864 als Hilfsarzt der ostpreußischen Provinzial-Irrenanstalt zu Allenberg angestellt. Bei Eröffnung der neuerbauten, damals kurmärkischen Landesirrenanstalt Eberswalde im Jahre 1865 trat er an dieser Anstalt als erster Assistenzarzt ein, wurde im Juli 1868 „zweiter Arzt" und im Oktober 1869 Oberarzt und Stellvertreter des Direktors und Chefarztes. In dieser Stellung blieb er bis zu seiner am 1. November 1897 erfolgten Versetzung in den Ruhestand, trotzdem er wiederholt Gelegenheit gehabt hätte, sowohl in der Provinz Brandenburg als auch in anderen preußischen Provinzen Direktor einer Irrenanstalt zu werden. Im Jahre 1880 erhielt er den Titel Sanitätsrat und im Jahre 1890 den eines Geheimen Sanitätsrats. Bei seinem Übertritt in den Ruhestand wurde ihm der rote Adlerorden 4. Klasse verliehen.

Von scharfem kritischen Verstand war er für den Beruf als Irrenarzt ganz besonders geeignet, um so mehr, als bei ihm in hohem Maße jene Herzensgüte vorhanden war, die zur Ausübung jeder ärztlichen Tätigkeit erforderlich ist. Er liebte es nicht, seine Person in den Vordergrund zu drängen oder sonst öffentlich hervorzutreten. Infolgedessen war er dem größeren Kreis der Kollegen wenig bekannt, zumal er auch, abgesehen von den ersten Jahren seiner irrenärztlichen Tätigkeit, keine wissenschaftlichen Arbeiten veröffentlicht hat. Seine ganze Kraft widmete er dem eigentlichen Anstaltsdienst, der mit zunehmender Ausdehnung der Eberswalder Anstalt sich immer umfangreicher gestaltete. In manchen Jahren ist ihm der Dienst recht schwer gefallen, da er durch Kränklichkeit vielfach beeinträchtigt war. Allein selbst unter diesen erschwerenden Umständen hat er sich in keiner Weise geschont und dadurch dem gesamten Personal, insbesondere den jüngeren Kollegen, ein leuchtendes Vorbild der treusten Pflichterfüllung gegeben. Auch in andrer Weise hat er auf die jungen Kollegen Einfluß gehabt; er verlangte für alle Verordnungen oder Maßnahmen eingehende Begründung, und wenn die jungen Kollegen im Drang ihrer Jugend und im Gefühl ihrer bis dahin noch theoretischen Ausbildung schnell fertig waren mit ihren Ansichten, Worten und Handlungen, dann erfolgte die Mahnung, daß er zu seiner Entscheidung die Angelegenheit erst reiflich nach allen Seiten überlegen werde. Manche Kollegen, die allerdings Verständnis für seine Eigenart besaßen, haben nach Jahren selbst zugegeben, daß sie durch *Ulrichs* Art für ihr ganzes ärztliches Handeln einen bleibenden Nutzen gewonnen hätten, und daß sie ihm später dankbar gewesen seien, wenn er ihnen auch früher umständlich und mitunter selbst nörgelnd erschienen sei. Zu einzelnen von den jüngeren Kollegen ist er in ein

freundschaftliches Verhältnis getreten und war ihnen Zeit seines Lebens ein treuer, ehrlicher Freund.

Seit dem Jahre 1872 stand er in Eberswalde in gemeinsamer Arbeit mit unserem verstorbenen Altmeister Geheimrat *Zinn*. Während dieser Zeit entwickelte sich zwischen beiden, so verschieden geartet sie waren, ein dauerndes Freundschaftsverhältnis, das sich auch auf die Familien übertragen hat. Die vortrefflichen Eigenschaften erkannte und schätzte *Zinn*, in vollem Umfang; sie haben es ihm ermöglicht, während er Mitglied des Reichstags war, an den parlamentarischen Arbeiten in ausgedehnter Weise sich zu beteiligen. In diesen Zeiten hat *Ulrich* stets die Anstalt geleitet ganz im Geist und Sinn seines Freundes *Zinn*, und selbst bis auf Kleinigkeiten hat er dies Bestreben durchgeführt. Bei der gemeinsamen Tätigkeit hat er mit seinen Ansichten nicht zurückgehalten und sie auch zur Geltung gebracht. Keinerlei Änderung im Anstaltsbetrieb, kein Neubau ist zur Ausführung gekommen, ohne daß die Sache mit *Ulrich* eingehend besprochen und beraten worden wäre; und auch in späteren Jahren, als die Tätigkeit *Zinns* auf die gesamte Irrenpflege der Provinz Brandenburg sich erstreckte, hat er mitgearbeitet und ist sein Rat in vielen Angelegenheiten von Bedeutung und Einfluß gewesen. — Die Ehrungen, die *Ulrich* während seiner langjährigen Tätigkeit zuteil geworden, sind alle, namentlich die Verleihung des Titels Geheimer Sanitätsrat, auf ganz besonderes Betreiben *Zinns* erfolgt, da es diesem am Herzen lag, daß die Persönlichkeit seines treuen, von ihm hochgeschätzten Mitarbeiters die volle Anerkennung finde.

Nachdem *Ulrich* im Jahre 1897, zwar geistig noch völlig rüstig, jedoch körperlich durch die Last der Jahre veranlaßt, in den Ruhestand getreten war, was annähernd mit dem Tode seines Freundes *Zinn* zusammentraf, lebte er in Eberswalde, immer in Fühlung mit dem Direktor und den Ärzten und stets in voller Teilnahme für die Weiterentwicklung der Anstalt, der er sein ganzes Lebenswerk gewidmet hatte. Aber auch für unsere Wissenschaft hatte er noch reges Interesse und besuchte wiederholt die Sitzungen des psychiatrischen Vereins zu Berlin, den er mitbegründen half. Noch in diesem Jahre hat er einem Teil der Sitzungen der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie und am 13. Juni noch der Sitzung des Psychiatrischen Vereins zu Berlin beigewohnt.

Tiefe Schatten wurden auf seinen Lebensabend geworfen durch den im Jahre 1902 erfolgten Tod seiner Frau, mit der er in glücklicher Ehe gelebt hat. Sein Leben wurde dadurch — die Ehe war kinderlos geblieben — ganz vereinsamt, doch haben Verwandte und Freunde sich bestrebt, ihm die Vereinsamung nicht gar zu sehr fühlbar zu machen. Das Andenken seiner Frau glaubte er nicht besser ehren zu können, als daß er dem Brandenburgischen Hilfsverein

für Geisteskranke zu Eberswalde eine Stiftung von 2000 Mark machte, mit der Bestimmung, daß diese Summe als „Gertrud-Stiftung" gesondert verwaltet werde, und daß die Zinsen vom Jahre 1908 ab alljährlich am 10. Juni, dem Geburtstag seiner Frau, an einen aus der Eberswalder Landesirrenanstalt entlassenen hilfsbedürftigen Geisteskranken (männlichen oder weiblichen Geschlechts) oder auch an die bedürftige Familie eines noch in der Anstalt befindlichen Kranken überwiesen werden sollten. Der Name *Ulrich* wird durch diese Stiftung in der Geschichte der Eberswalder Anstalt für immer fortleben und Zeugnis ablegen für den Geist und die Gesinnung, die in ihrem langjährigen treuen Arzt gewaltet haben.

Bei einem Besuch bei seinem Bruder in Wiesbaden erkrankte er an einer Lungenentzündung und verstarb am 13. Juli. Seiner Bestimmung gemäß wurde die Leiche verbrannt und die Asche in der in Berlin befindlichen Grabstätte seiner Frau beigesetzt.

Ehre seinem Andenken!

Gock.

Personalnachrichten.

Dr. *Willibald Liebert*, bisher in Neustadt, W.-Pr., ist zum Oberarzt der oberelsässischen Bezirksanstalt Rufach ernannt worden.

Dr. *Kurt Berliner* in Gießen,
Dr. *Bornstein* in Göttingen,
Dr. *Otto Ranke* in Heidelberg,
Dr. *Max Wassermeyer* in Kiel und
Dr. *Erwin Stransky* in Wien haben sich als Privatdozenten habilitiert.

Dr. Freiherr *Karl v. Blomberg*, Oberarzt in Dziekanka,
Dr. *Friedrich Buddeberg*, Dir. in Merzig,
Dr. *Eberhard Lantzius-Beninga*, Dir. in Weilmünster, und
Dr. *Joh. Longard*, Dir. Arzt des Fürst-Karl-Landesspitals in Sigmaringen, sind Sanitätsrat geworden.

Dr. *K. Aug. Hub. Ulrich*, Geh. San.-Rat in Eberswalde, ist am 13. Juli zu Wiesbaden im 76. Lebensjahre an Lungenentzündung gestorben.

Zur Lehre von der Amentia.[1])

Von

Dr. **A. Zweig,** ehemal. Assistenzarzt.

Die Ansichten über die Ursachen der Geisteskrankheiten waren zu verschiedenen Zeiten recht verschieden. Erst in den letzten Jahren hat man unter dem Einfluß der Lehren von *Freud* und den Arbeiten von *Jung*, *Bleuler* usw. dem psychischen Faktor als ursächlichem Moment bei der Entstehung der Geisteskrankheiten seine Aufmerksamkeit zugewandt. Vordem hatte die zunehmende Erkenntnis der körperlichen Erkrankungen dahin gedrängt, in ihnen die hauptsächlichste Ursache der geistigen Störungen zu erblicken. Während noch *Griesinger* eine vermittelnde Stellung einnahm und u. a. zwischen psychischen Ursachen, denen er namentlich in prädispositioneller Beziehung eine sehr große Rolle zuschrieb, und anderweitigen Störungen des organischen Mechanismus unterschied, z. B. Krankheiten der Lunge, der Genitalien usw., denen erfahrungsgemäß ein Einfluß auf das Irrewerden zukäme, drohte namentlich unter dem Einfluß der modernen Erfahrungen bezüglich der chemisch-bakteriologischen Ursachen der Krankheiten an die Stelle dieses Standpunktes ein Extrem zu treten, welches die psychischen Ursachen vollständig ausschalten wollte.

Besonders nahe liegt die Verführung hierzu bei geistigen Störungen, die in enger Beziehung zu körperlichen Erkrankungen stehen, und bei denen das post hoc daher leicht zur Annahme des propter hoc verleitet. Das Paradigma solcher geistigen Störungen ist die Amentia. Aber gerade bei dieser Erkrankung erwähnen doch die meisten Bearbeiter auch das psychische Moment. Besonders *Weygandt* hat

---

[1]) Aus der Psychiatrischen Klinik Königsberg (Direktor: Prof. Dr. *Meyer*).

darauf hingewiesen, daß die psychischen Erscheinungen der sogenannten Erschöpfungspsychosen nicht denjenigen Veränderungen entsprechen, welche durch einfache Nahrungsentziehung erzeugt werden. *Kraepelin* erwähnt, daß die letzte Gelegenheitsursache für eine Amentia oft eine Gemütserregung sei. Ebenso schreibt *Stransky* dem affektiven Moment eine große Rolle zu und hält die Erschöpfung als Ursache nicht für ausreichend. Ähnlich sprechen sich *Wille*, *Beyer* und andere aus. Eingehender beschäftigte sich *Strohmayer* mit den psychischen Ursachen. Er fand dabei eine Wechselwirkung zwischen psychischen und körperlichen Ursachen. In 26 Fällen, in denen er eine somatische Ursache vermißte, ließen sich gemütliche Emotionen feststellen, so daß er die Behauptung aufstellt: Somatische und psychische Momente sind bei der Entstehung der Amentia gleich zu bewerten. Dies beweist auch z. B. ein von *Konrad* erwähnter Fall: Eine geistig stark angestrengte Erzieherin erkrankte ohne besonderen Grund und ohne vorhergehendes körperliches Leiden allmählich an einer Amentia. Weitere Angaben statistischer oder theoretischer Natur über den näheren Zusammenhang der von *Strohmayer* angedeuteten Verhältnisse finden sich nirgends.

Da kurz nach einander auch in der hiesigen Klinik drei Fälle von Amentia zur Beobachtung kamen, bei denen starke Gemütserregungen das auslösende Moment abgaben, veranlaßte mich dies, einer Anregung meines verehrten Chefs folgend, unter Hinzuziehung auch der anderen seit 1. April 1904 in der hiesigen Klinik beobachteten Amentiafälle diesen Beziehungen nachzugehen. Auch noch einige andere Gesichtspunkte schienen dabei zu einer Besprechung geeignet zu sein. Auf die Einzelheiten der Fälle, die meist nichts Besonderes bieten, gehe ich nicht ein und bringe sie nur tabellarisch, nur die zwei Fälle sollen ausführlich mitgeteilt werden, bei denen das psychische Moment eine besonders deutliche Rolle spielt. Die Krankengeschichten sollen zugleich das *Kraepelin-Stransky*sche Symptomenbild der Amentia illustrieren, an dessen Existenz noch verschiedentlich gezweifelt wird.

Fall 1 bis 9 siehe beigefügte Tabelle.

10. Bertha G. (16. Juni 1907) 47 Jahre alt, ist bisher geistig gesund gewesen, dagegen seit längerer Zeit schwächlich, so daßsie ein Invaliditätsgesuch eingereicht hatte. Seit 1906 fühlte sie sich schwach und klagte

Name	Alter	Disponierendes Moment	Auslösendes Moment	Verlauf	Ausgang
4. Wilhel[illegible]	47	Lungentuber[illegible], psychische Störung.	2 Wochen [illegible] Abend Beginn.	Seither „nervös", nicht mehr geschlafen, viel ge- Gesichtsausdruck. Mastitis. Dauernd sehr unruhig, auch widerstrebend. Örtlich unorientiert, dauernd sehr unruhig, hat viel den Mund geöffnet und die Zunge herausgestreckt. 5. Tag nach der Aufnahme erste Antwort. Inkohärent. Inzision (kein Einfluß). Am 9. Tage klarer, erkennt ihren Mann, schnell klarer, Interesse an Umgebung, Amnesie (wann und warum hier), fühle sich im Kopf wirr, fragt oft nach ihrem Mann. Allmählich örtlich orientiert, zeitliche Angaben wieder vergessen. „Könne sich gar nicht zurechtfinden." Für Krankheit völlige Amnesie, auch für Katheterisieren, wundert sich über ihre verbundene Brust, weiß aber von der Entbindung und dem Ärger. Unbestimmte Angst, oft ratlos, mitunter noch Halluzinationen (Gesichts und Gehörs). Schläfrig. Örtlich orientiert, zeitlich nicht, dazwischen wieder Angst infolge Gesichts- und Gehörshalluzinationen. Sei dumm, ratlos, unbefriedigt. Am 14. Krankheitstag fängt sie an sich zeitlich zu orientieren, nachts noch ängstlich infolge von Halluzinationen. Krankheitseinsicht. Bezieht Gesprochenes auf sich.	11. Januar 1907
5. Johanne A. 8. August 1905	33	Entbindu[illegible] 14 Ta[illegible] [illegible]	[illegible]urch [illegible]wetter, [illegible]ehreren einge[illegible]schlagen.	Ängstliche Gehörshalluzinationen: telegraphiert, man klopfe, man nehme ihr die Sachen fort, Gott wolle sie strafen. — Faßt nur schwer auf, bemüht sich es zu tun; sieht vorgehaltene Gegenstände an, bezeichnet sie nicht; nächsten Tag etwas Antworten, örtlich orientiert, Krankheitsgefühl, ängstlich, ratlos infolge Gehörshalluzinationen. Allmählich klarer, bei längerer Unterhaltung zunehmende Verworrenheit, braucht lange bis zur Antwort. Dumpfes Gefühl im Kopfe, Krankheitseinsicht, es sei ihr schwer geworden, Angehörige zu erkennen. Noch Gehörshalluzinationen. Kopf werde freier, neigt zu Personenverkennung, korrigiert sich selbst. Auch Halluzinationen krankhaft. Mitunter noch ängstlich.	Januar 1907 völlig gesund (Auskunft des Amtsvorstehers)

Name	Alter	Disponierendes Moment	Auslösendes Moment	Verlauf	Ausgang
6. Amanda L. 1. November 1906	45	10 Geburten, verschiedene Zwillinge. Typhus-Rekonvaleszenz. Schon vor Typhus oft Eifersuchtsideen.	Überführung nach Hause, dort Auffrischung alter Eifersuchtsideen beim Wiedersehen des Mannes.	Sehr unruhig, Eifersuchtswahnvorstellungen. Gesichtshalluzinationen. Sie habe „dummes Zeug gesprochen, aber die Wahrheit gesagt". Gibt geordnet Auskunft. Einen Tag nach der Aufnahme starke Erregung mit lebhafter Personenverkennung, ängstlich. Tag später: weiß alles, sei Wahn gewesen. Gegen Abend zunehmende Erregung, auch viel Gesichtshalluzinationen, ängstlich, „wenn ich doch nur aufwachen könnte". Abwechselnd Erregung und Ruhe. Oft Wiederholung derselben Worte in monotoner Stimme.	Nach Kortau Von dort geheilt entlassen, soll gesund sein.
7. Anna Sch. 21. April 1906	39	Hereditäre Belastung: Zwei Schwestern geisteskrank. 12. Gravidität. Unmittelbar vor der Geburt zahlreiche Aufregungen. Tod Verwandter sowie einer Bekannten, die an Folgen der Geburt gestorben war.	Fieber im Wochenbett nach Chloroformnarkose zur Plazentalösung. In Narkose Kollaps.	14 Tage nach Partus zuerst irre geredet, auch Gestalten gesehen, vorher benommen und Fieber, nichts mehr gegessen. In sehr elendem Zustande in die Klinik. Abdomen schmerzhaft. Völlig benommen, reagiert nicht auf Anruf. 23. April: Mädchenname, befolgt etwaige Aufforderung, sucht mit den Augen im Zimmer umher. Örtlich und zeitlich unorientiert. Nahrungsaufnahme allmählich besser, Gegenstände richtig. 26. April: Nachts sehr unruhig, drängt aus dem Bett, läßt sich noch nicht fixieren. 28. April: noch Gehörshalluzinationen, etwas freier, antwortet noch nicht. 29. April: Krankheitsgefühl, „fehlt mir Interesse am Leben". Erinnerungsfälschungen bezüglich des Vormittags. 2. Mai: bezieht ihre Erkrankung auf Entbindung, erzählt von Gehörs- und Gesichtshalluzinationen, die sie für Wirklichkeit hält. 3. Mai: örtlich orientiert. 4. Mai: wesentlich klarer bezüglich ihrer Person und Kinder, auch Einzelheiten der Geburt, weiß auch von Kochsalzinfusionen in der Klinik, die sie umdeutet. Lacht viel. 8. Mai: plötzlich paranoide Ideen, Mann sei in Kortau und habe Urlaub zum Besuch erhalten. Erzählt sonst geordnet von Aufregungen und der vielen Beschäftigung vor der Entbindung. Über die ersten Tage ur[illegible] nach hier unorientiert. Geheilt nach	Ist gesund geblieben.

über Herzbeklemmungen und Atemnot. Das Unwohlsein war seit 1½ Jahren ausgeblieben. Auch ärztlicherseits wurde der schlechte Ernährungs- und Kräftezustand hervorgehoben, die Magengegend sei druckempfindlich und der Puls weich, die Reflexe gesteigert. Das Invaliditätsgesuch wurde aber abgelehnt und ihr ein Heilverfahren in einem hiesigen Krankenhause bewilligt. Gerade aber vor dem Krankenhause hatte sie schon seit frühester Jugend große Angst, so daß sie, als ihre Tochter einmal ernstlich erkrankte, dieselbe lieber zu Hause sterben lassen als in ein Krankenhaus geben wollte.

Nachdem sie verschiedentlich ihrer Tochter gegenüber ihre Angst vor der kommenden Zeit geäußert hatte, sich zu ihrer Arbeit, auch der häuslichen, nur schwer entschließen konnte, dagegen viel jammerte und klagte und eine beträchtliche Unruhe bekundete, ging sie in das Krankenhaus, um bereits am nächsten Tage (16. Juni 1907) nach der hiesigen Klinik gebracht zu werden, weil sie völlig verwirrt spräche und nachts Halluzinationen habe.

Bei der Aufnahme ist sie über ihre Person orientiert, glaubt sich noch im anderen Krankenhause, von dem Transport weiß sie nichts, dagegen noch Einzelheiten von ihrer Reise nach Königsberg. Im Krankenhause habe sie die Stimme Gottes gehört und daher in dem fremden Hause solche Angst gehabt. Bald darauf wird sie sehr unruhig, ist nicht zu fixieren, spricht ununterbrochen in leicht anknüpfender Weise, wobei sie sich dauernd in ihrer Umgebung umsieht, oft im Nachsatz die Behauptung des Vorsatzes in Zweifel ziehend. Lebhafte Personenverkennung, deutlich ängstlicher Gesichtsausdruck. Versucht öfter das Bett zu verlassen, zeitweise sehr aggressiv. Körperlich ist außer dürftigem Ernährungszustand und blasser Farbe des Gesichts und der Schleimhäute etwas Krankhaftes nicht nachzuweisen.

In den folgenden Tagen bewegt sie sich oft in stereotyper Weise hin und her, spricht mit sehr schnellem Themawechsel. Fragen faßt sie leidlich auf, verspricht Aufforderungen zu befolgen, ohne es aber zu tun, wobei sie sich dauernd durch äußere Eindrücke sowie durch Gesichts- und Gehörstäuschungen ablenken läßt. Starke motorische Unruhe, glaubt, das Bett drehe sich mit ihr. Die Frage, ob ihr Mann noch lebe, beantwortet sie: „ist schon tot, dann sind wir wieder beisammen, ich werde aber nicht verzagen, der Mund wird ihm gewiß noch offen stehen, aber das sieht ja niemand, kommen Sie, Fräulein, immer tiefer, immer flinker, auf die andere Seite, so mein Kind, schön, machen Sie es fertig, stellen Sie es wieder hin, sehen Sie, wie ich mich getäuscht habe, die blaue Zeit geht nun vorüber, na wir werden ja sehen, was werden wird, hoffentlich aber nichts Schlimmes, zeigen Sie mir das Buch, an den Heiland müssen wir glauben, sonst kommen Sie auch dahin, nein, lassen Sie es mich nicht lesen, sonst muß ich aus dem Bett“, fängt an, ein Kirchenlied zu singen.

Am 23. Juni fängt sie an, ruhiger zu werden, spricht alle Worte ihrer Nachbarin mit unklarem, ratlosem Blick nach, scheinbar ohne sie

zu verstehen. Nach einigen leidlich beantworteten Fragen (sie weiß nicht, daß vor einer Stunde die Tochter da war) wird sie wieder unruhiger und fängt wieder in ähnlicher Weise wie früher sich selbst dauernd korrigierend zu sprechen an, besonders oft, daß sie Angst habe. Lebhafte Gehörstäuschungen.

25. Juni 1907. Faßt heute überhaupt nicht auf.

26. Juni 1907. Wieder stärkere Unruhe, zerreißt die Wäsche, viel körperliche Beeinträchtigungsideen, spricht ununterbrochen, oft: „ich weiß nicht, was das ist, du hast jetzt einen ganz anderen Schritt, sie machen Unsinn mit mir, nein du bist nicht mein Kind".

28. Juni 1907. Dauernd Erregung. Puls schlecht, schwitzt stark, Kochsalzinfusion.

29. Juni 1907. Läßt sich leidlich fixieren, sie sei auf der ganzen Welt allein, der ganze Körper sei verändert, im Mund sei ein Stück Eisen, im Leibe Vögel.

1. Juli 1907. Leidlich orientiert, erkennt ihre Tochter, bezweifelt deren Worte, es ist ihr alles völlig neu. Dauernd Gehörshalluzinationen ängstlichen Inhalts.

3. Juli 1907. Ruhige Zeiten wechseln mit erregten, sitzt wie im Traum da, faßt nicht alle Fragen auf.

4. Juli 1907. Sehr heftige Erregung.

10. Juli 1907. Heute ruhiger, hat aber gar kein Interesse für ihre Umgebung, beantwortet auch keine Fragen.

15. Juli 1907. Krankheitseinsicht für das Vergangene, hört die Stimme ihres Kindes, fürchtet, daß es umgebracht wird. Schweift dauernd ab. Wundert sich, daß man sie nach dem Datum fragt.

19. Juli 1907. Trotz zunehmender Klarheit glaubt sie immer noch, daß ihrem Kinde etwas Schlechtes droht.

22. Juli 1907. Krankheitseinsicht, aber noch sehr gehemmt.

1. August 1907. Gewichtszunahme. Macht immer noch leicht verträumten Eindruck. Behält alles zu ihrer Orientierung ihr Gesagte und denkt richtig weiter.

5. August 1907. Fühlt sich noch matt, ist noch gehemmt. Von der Tochter herausgenommen.

Im Oktober ist sie nach kreisärztlichem Attest geistig völlig gesund, während sie körperlich noch sehr dürftig ist. Sie hat Krankheitseinsicht, weiß, daß sie sehr verwirrt war.

Zusammengefaßt ergibt sich: Bei einer 47jährigen schlecht genährten, früher geistig stets gesunden Frau bricht im Anschluß an eine starke gemütliche Erregung eine geistige Erkrankung aus, die sich zunächst in ängstlicher Verstimmung und Arbeitsunlust äußert. Es folgt dann ein heftiger Erregungszustand mit lebhafter motorischer Unruhe, starker Ideenflucht, wobei aber oft ein gewisses Gefühl der

Unsicherheit und des Zweifels durchdringt. Letzteres überwiegt allmählich, sie findet sich nicht mehr zurecht, drängt planlos fort, erkennt ihre Tochter nicht, lebhafte Sinnestäuschungen anfangs aller Sinne, dann allmählich auf das Gehör hauptsächlich sich beschränkend, vervollkommnen die Verwirrung. Allmählich löst sich das Durcheinander erst für einzelne Stunden, dann für längere Zeiten, oft noch durch neue Erregungszustände und wahnhafte Befürchtungen beeinträchtigt, die zum Teil ihre Entstehung und Erklärung in der summarischen Erinnerung an die jüngste Vergangenheit haben. Schließlich dauern mit zunehmender Gewichtszunahme die freien Zeiten immer länger, nachdem schon vorher Krankheitseinsicht eingetreten war. Die Patientin wird geistig völlig gesund und ist es vorläufig geblieben, obwohl der körperliche Zustand sich sogar verschlimmert hat.

11. Anna M. (22. April 1906) 41 Jahre alt, ist geistig bisher stets und körperlich bis vor 1 Jahr gesund gewesen. Bis dahin hat sie sehr fleißig in der Wirtschaft und auf dem Felde gearbeitet und wesentlich zum Unterhalt der Familie beigetragen. Seit einem Jahre leidet sie an Gebärmutterknickung und Gebärmutterkatarrh. Verschiedentlich war sie erfolglos mit Pessarien behandelt worden. Da sie von ihrem Leiden starke Beschwerden hatte und immer elender wurde — sie mußte des Katarrhs wegen verschiedentlich ausgekratzt werden —, sollte sie zur Wiederherstellung ihrer Erwerbsfähigkeit operiert werden. Schon einige Wochen vor der Aufnahme in die Klinik fiel dem behandelnden Arzte ihre wechselnde, vorwiegend aber deprimierte Stimmung auf. Während sie früher sehr zugänglich war, verweigerte sie mitunter Antwort und Auskunft. Bevor sie in das Königsberger Krankenhaus zur Operation kam, war sie kurz vorher in einem Provinzialkrankenhause mit einer Frau zusammen, die in Königsberg wegen des gleichen Leidens mit ungünstigem Erfolg operiert war. Auf der Fahrt nach Königsberg äußerte sie ihrem Mann gegenüber lebhafte Angst vor der Zukunft, war aber sonst durchaus geordnet.

Im Krankenhause in Königsberg fiel sie durch die Verweigerung der Erlaubnis zur gynäkologischen Untersuchung auf. Bereits am Abend des ersten Tages begann sie verwirrt zu sprechen und wurde der Klinik überwiesen.

Am 22. April 1906 geht Frau M. ruhig auf die Station, setzt sich auf den ihr angewiesenen Stuhl, wobei sie ununterbrochen in lallendem, unverändertem Ton vor sich hinspricht. Sie ist einigermaßen orientiert, weiß, daß sie vom Mann nach Königsberg gebracht worden ist, äußert sich auch richtig über den Grund ihrer Reise nach Königsberg. Überläßt

man sie ihren Gedanken, so hört man eine Art Zwiegespräch, das sie mit sich selbst abhält. Sie behauptet etwas, fragt sich nach den Gründen für diese Behauptung und begründet sie dann mitunter, alles in näselnder leiser, gut artikulierter Sprache. Die Aufforderung lauter zu sprechen beantwortet sie folgendermaßen: „Wenn ich können werde, morgen heut nicht. Mancher Mensch ist dumm. So? Warum? Auf der einen Welt sind die Dummen, auf der anderen die Klugen.“ Äußere Eindrücke faßt sie auf und spricht sie sofort aus. Während ihrer Reden steht z. B. eine Kranke im Bett auf. Sie sagt sofort: „Nanu, was macht die denn da, die steht ja auf“; kehrt aber nach dem Abklingen des Eindrucks, der ohne jeden Affekt hervorgebracht wird, zu ihren alten Gedanken zurück.

Lebt Ihr Mann noch? „Ja, wenn er nicht lebt, dann ist er tot, weiß nicht, aber er fuhr zurück, und ich blieb hier“. Auf den Widerspruch hingewiesen, sagt sie: „Ich weiß nicht, ich habe nichts mehr von ihm gehört, ich kann doch nichts wissen, wie kommt das? Drollig.“ Charakteristisch ist auch die Beantwortung der Frage: Wo sind Sie?: „Bald wieder wo anders; gehe weiter. Wohin? Die Kleider werden wieder angezogen. Von einem Ort zum andern werde ich wandern, so geht's uns allen. Warum? Schwester sagt so. Nanu? Wie kommt das? Daß du still sein mußt. Aber jetzt doch nicht. Wie sieht es hier aus? Schrank, Fenster“. Sie sagt dies alles mit gleichgültiger Stimme und Miene.

Am nächsten Tag erklärt sie, nicht essen zu können, weil der Hals zu sei, sich auch im Bett nicht aufrichten zu können, weil sie fest sei. Wiederholte Aufforderung hat Tränenausbruch zur Folge mit der nochmaligen Beteuerung, daß sie wirklich fest sei. Passiven Bewegungen setzt sie heftigen Widerstand entgegen. Die Selbstunterhaltung hat aufgehört, sie liegt ruhig im Bett.

Am 24. April verläßt sie öfter plötzlich ihr Bett. Nach dem Grunde gefragt, erklärt sie, ihr Leben retten zu wollen, sie wisse doch, daß sie sterben müsse, denn das sei alles erzählt worden, der ganzen Familie ginge es schlecht, daran sei sie nur schuld. Außerdem hat sie heute Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Sie sieht ihre Schwester an der Tür, erhält die Aufforderung, mit der Patientin im Nebenbett zu spielen. In den nächsten Tagen — bis zum 27. April — wird sie allmählich klarer; ist völlig orientiert. Fragen nach ihrer Krankheit lösen sofort Tränen aus. Allmählich erfährt man von ihr, daß sie 42 Jahre alt und bis vor 2 Jahren ganz gesund gewesen sei und Feldarbeit verrichtet habe. Dann sei sie unterleibskrank geworden, habe Brennen und Gefühl der Fülle im Leib empfunden, so daß sie sich nicht mehr so recht anstrengen durfte, auch nichts mehr heben konnte. Nach der Auskratzung wäre es ein Jahr ziemlich besser gewesen, obwohl sie sich nur im Hause beschäftigen konnte. Seit etwa 2 Monaten ginge es aber gar nicht mehr; sie könne nur noch stricken und ähnliche leichte Arbeiten verrichten. Auf Anraten des Arztes wollte sie sich hier operieren lassen und sei nach dem Elisabeth-Kranken-

hause gegangen, von dort sei sie einem Manne nachgegangen nach hier. Sie weiß sich auf alle Einzelheiten nach ihrer Ankunft in der hiesigen Klinik voll zu besinnen. Warum sie sich nicht hat untersuchen lassen, weiß sie nicht zu sagen. Zuerst hat sie darüber angegeben, daß es doch nicht gelohnt hätte, an einem späteren Tag, daß die Leute in der Stube so gelacht und sie deswegen Angst gehabt hätte. Eigene Kinder habe sie fünf, von denen zwei leben und drei früh gestorben sind. Einmal habe sie auch falsche Wochen gehabt. Das Unwohlsein sei in den letzten Monaten bereits unregelmäßig gewesen, seit etwa 2 Monaten ganz ausgeblieben.

Am 28. April ist sie wieder wesentlich verworrener. Sie will öfter aus dem Bett, „weil sie die Frau sei, welche geköpft werden soll", sie wirft plötzlich ein Taschentuch in das Bett der Nebenpatientin, „weil ihre Hände los seien" usw. Antworten erhält man meist nicht oder vollständig willkürliche. Während des Frühstücks verläßt sie wiederum plötzlich das Bett, stellt den Behälter mit der Milch in ihr Bett, geht an das Nebenbett und deckt es ab bis auf die Matratze. Auf Aufforderung bringt sie es teilweise wieder in Ordnung, hält aber plötzlich inne und blickt starr, ohne sich zu bewegen, etwa 2 Minuten in einer Richtung. Dann schreibt sie mit dem Finger Zahlen von 1—80 auf das Bett, wobei sie laut zählt. Hierauf klopft sie vielleicht 10 mal mit der rechten Hand rhythmisch auf das Bett und sagt dabei: „Julius und die Cäcilie haben ermordet". Diesbezügliche weitere Fragen beantwortet sie nicht, sondern fährt fort: „Sie sind im Restaurant gewesen. Ist noch nicht aus. Es kommt ein Fräulein mit dem Schlüssel (richtig). Der Franz und der Ackermann, der Julius und der Hermann". Was ist mit denen? „Die wollen Krankenpfleger werden." Wo sind wir hier? „Nebenan Haus mit roten Ziegeln" (richtig). Was hier für ein Haus? „Kann ich nicht sehen. Ich weiß nicht." Kennen Sie die Frau hier (Nebenpatientin)? „Kennen Sie sie? Oben im Restaurant." Wie alt sind Sie? „1510." Auf nochmaliges Befragen: „1510. Ist denn der liebe Gott schon hier? Wo ist der? Was dies Fräulein? Was ist das?" (Beschäftigt sich dauernd damit, die Betten hin und her zu werfen.) „Gespielt, getanzt, gelegt, gegessen, getrunken". (Schreibt wieder auf dem Bett, reibt dann mit dem Zeigefinger energisch hin und her. „Sie haben gegessen, gespielt, gemahlt, der Blitz, der Donner, das Feuer, das Wasser, das kracht, alles geht unter. Woher ist er? Der schwarze Teufel, der da steht? (Grimassiert, indem sie die Mundwinkel hebt und senkt, wälzt die Betten wieder hin und her, stützt sich dann mit den Ellbogen aufs Bett, hebt einen nach dem andern in die Höhe und setzt ihn wieder nieder; dann klopft sie mit der Hand aufs Bett und setzt sich schließlich auf dasselbe, die Beine hinabhängen lassend. Die Aufforderung, aufzustehen, beantwortet sie damit, daß sie aufsteht, das nächste Bett besteigt und nun von einem Bett zum anderen springt.)

29. April 1906. Spricht nicht, wühlt in Betten herum

2. Mai 1906. In sich versunken, leidlich orientiert, will nicht in eine andere Stube, begründet es nicht.

In der Anstalt ängstlich und unruhig, verläßt viel das Bett, ist laut.

Von Anfang Juni an heftiger Durchfall, der starken Kräfteverfall bedingt. August Exitus. Sektion: Chron. Enteritis.

Wir finden also: Bei einer geistig stets gesunden Frau ist auf dem Boden einer körperlichen Erschöpfung infolge gynäkologischer Leiden allmählich eine Depression entstanden, die durch die Voraussicht einer bevorstehenden Operation, über die sie nichts Gutes gehört hat, zunächst zu einer Veränderung ihres Wesens führt — sie wird mißmutig und abweisend, und die Stimmung wechselt. Am Tage der Aufnahme ins Krankenhaus, in dem sie operiert werden soll, bricht dann ein Verwirrtheitszustand aus. Sie vermag zwar leidlich aufzufassen, kann aber die Eindrücke nicht verarbeiten, wundert sich über alles, zweifelt an allem, sucht bei sich Rat. Während der Affekt zunächst infolge der oberflächlichen Gedankenverbindung ein oberflächlicher ist, so daß sie für das Schicksal des Mannes kaum Interesse hat, wird sie allmählich furchtsam und unruhiger, wobei ängstliche Halluzinationen des Gehörs und des Muskelsinns mitwirken. Dieselben wechseln schnell, werden nicht verarbeitet, sondern schnell vergessen. Allmählich kehrt, unterbrochen von Erregungen, eine gewisse Beruhigung und Orientierungsfähigkeit ein im Verein mit zunehmender körperlicher Erschöpfung. Bald wird sie wieder ängstlich erregt und kommt unter den Symptomen eines Darmkatarrhs zum Exitus. —

Ätiologie, Verlauf und Ausgang sind charakteristisch für diese Erkrankung, die man als Prototyp der sogenannten Erschöpfungspsychosen bezeichnet hat.

Überblicken wir nach der ä t i o l o g i s c h e n Seite unsere ganzen 10 Fälle — Fall 9 soll seiner Unsicherheit wegen infolge der noch nicht abgeschlossenen Beobachtung statistisch nicht mit verwertet werden -- so finden wir in allen eine körperliche Veränderung als Ursache, aber auch bei allen besondere gemütliche Vorkommnisse. Unter den körperlichen Erkrankungen finden wir viermal chronische (Tuberkulose, Myom, zweimal Anämie unbekannten Ursprungs), fünfmal akute fieberhafte, einmal Erkrankung im Puerperium, in dem die Frau sehr früh die Arbeit wieder aufnahm.

Körperliche und geistige Ursachen scheinen sich auch in unseren Fällen wie bei *Strohmayer* zu ergänzen; je mehr die körperlichen Momente ätiologisch zurücktreten, um so mehr überwiegen die psychischen. Aber man kann auch noch eine andere intimere Wechselwirkung vermuten. Es scheinen nämlich die einen prädisponierend und die anderen dann auslösend zu wirken, das andere Mal scheint das Verhältnis umgekehrt zu sein. Vielleicht dürfte ein genaueres anamnestisches Ausfragen diese Vermutungen bestätigen, für die sich auch in der Literatur mancherlei Anhaltspunkte finden. Man ist naturgemäß eben sehr geneigt, z. B. eine akute Infektionskrankheit als genügende Ursache anzusehen, während man bei chronischen Erkrankungen auch jetzt schon mehr nach auslösenden Momenten forscht. Wie *Raecke* mit Recht angibt, gehört zur Entstehung der Amentia eine Dauerermüdung; bei chronischen Erkrankungen ist dieses Moment wohl gegeben, nicht aber bei den akuten. Bei letzteren scheint die Dauerermüdung vielmehr auf psychischem Gebiet zu liegen. Für die Richtigkeit dieser Ansicht spricht auch die Erfahrung *Maysers*, daß es sich bei den Geistesstörungen infolge akuter Erkrankungen vorwiegend um erheblich prädisponierte Individuen handelt, deren Nervensystem längere Zeit vorher nutritiven Störungen und Erschütterungen ausgesetzt war, daher auch der Name akutes asthenisches Delirium. Auch *Kraepelin* hebt die Wichtigkeit der Heredität bei Geisteskrankheiten auf der Basis akuter Leiden hervor. Nach seiner Statistik waren 60% der so Erkrankten erblich belastet. Unter diesen Gesichtspunkten ist es auch zu verstehen, daß der Grad der Infektion und die Schwere der akuten Erkrankung für den Ausbruch der Psychose oft weniger wichtig ist, als der Zustand beim Beginn der Erkrankung, d. h. die hereditäre und erworbene Prädisposition.

Spielt so bei den akuten Erkrankungen das Körperliche mehr das auslösende Moment, so ist es bei den Fällen von Amentia auf dem Boden einer chronischen Krankheit eher umgekehrt. Hierauf beruht auch die von *Strohmayer* konstatierte Tatsache, daß im beginnenden Senium Gemütserschütterungen eine größere Rolle zu spielen scheinen als sonst. Auch *Beyer* hebt bei seinen im Klimakterium aufgetretenen Amentiafällen die Wichtigkeit von Gemütserregungen hervor: „als nähere Veranlassung wirkten stets psychische Momente mit.“

Der von *Beyer* als Unterschied zu nicht klimakteriellen Amentiaformen angegebene Umstand, daß der Übergang ein allmählicherer ist, darf wohl nicht als Eigenart der klimakterischen Fälle angesehen werden, sondern entspringt wohl eher der der geistigen Störung zugrunde liegenden chronischen körperlichen Veränderung. Schon ohne eine nahende Psychose neigen Frauen im Klimakterium — und um Frauen handelt es sich bei der Amentia ja hauptsächlich — und chronisch Erkrankte jeden Alters und Geschlechts überhaupt zu traurigen und verzagten Gedanken. Da man andererseits von der ätiologischen (Klimakterium) Einteilung der Psychosen mit Recht immer mehr abgekommen ist, so dürfte auch aus diesem Grunde die klimakterische Amentia als besondere Gruppe keine Berechtigung haben, zumal drittens, wie *Beyer* selbst hervorhebt, andere charakteristische Merkmale sich nicht finden lassen. Wie die Dementia tardiva *Stranskys* als Untergruppe der Dementia praecox kaum berechtigt ist, so auch nicht die klimakterielle Form bei der Amentia. Deswegen bleibt *Beyers* Verdienst ungeschmälert, daß er die Amentia von der Begrenzung durch das Alter befreit hat, die ihr andere Autoren gaben (*Meynert*, *Konrad*).

An der Grenze der akuten und chronischen Erkrankungen stehen die mit der Generationstätigkeit zusammenhängenden körperlichen Störungen, Menstruation, Gravidität, Puerperium, Laktation, wenn ich von dem bereits abgehandelten Klimakterium hier absehe. Die Erfahrungen an der hiesigen Klinik lehren, daß allein auf dem Boden einer rein körperlich unkompliziert verlaufenden Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett sich eine Amentia äußerst selten entwickelt. Man muß in diesen Fällen mit der Diagnose sehr vorsichtig sein, meist handelt es sich um andere geistige Störungen, in der Hauptsache um Dementia praecox oder manisch-depressives Irresein. So fand z. B. *Kraepelin* unter 30 Fällen von Katatonie fünfmal einen Partus als auslösendes Moment. Von den in der hiesigen Klinik beobachteten, mit diesen physiologischen Alterationen mindestens zeitlich zusammenhängenden 36 Psychosen waren nur drei Fälle von Amentia. In keinem handelt es sich um ein normales Wochenbett. In zwei Fällen (5 und 7) gesellte sich ein fieberhafter Prozeß hinzu. Dann ist der Boden für die Amentia gegeben, zumal Gemütserregungen aller Art gerade in dieser Zeit nichts Seltenes sind und die Psyche der Frau

in solchen Stadien überhaupt besonders lebhaft reagiert. Man kann sich auch leicht vorstellen, daß ebenso wie ein fieberhafter Prozeß eine übermäßige Kraftanstrengung wirken kann. So z. B., wenn Frauen bereits am zweiten Tage nach der Entbindung wieder zu arbeiten beginnen, wie es in einem unserer Fälle (8) war. Stets zwingen sie allerdings wohl dazu die ungünstigen Lebensbedingungen, welche auch schon vor der Entbindung im Verein mit Aufregungen aller Art ihre Widerstandsfähigkeit herabgesetzt hatten. In der Ruhe würde der Körper — so kann man es sich vorstellen — mehr Energie zur Vernichtung der gebildeten Toxine haben verwenden können, als es möglich ist, wenn die zu leistende Arbeit einen Teil der Kraft absorbiert. Ohne ein derartiges äußeres Moment oder eine Infektion ist also die Annahme einer Amentia im Puerperium nur mit der größten Vorsicht zu stellen. Wir haben seit dem 1. April 1904 keinen derartigen Amentiafall beobachtet. Zu dieser Erkenntnis isr auch *Jahrmärker* bei erneuter Durchsicht der früher als Amentia bezeichneten Puerperalpsychosen gelangt. Auch die Laktationspsychosen und die anderen mit der Generationstätigkeit der Frau in Beziehung stehenden Geistesstörungen gehören, wie schon einmal bemerkt, meist nicht hierher.

Sonst können die verschiedensten körperlichen Leiden in ätiologischen Konnex zur Amentia treten, und man hat früher danach Untergruppen zu bilden versucht. Man sprach von Choreapsychosen, Rheumatismuspsychosen usw. Im Laufe der Jahre hat man erkennen gelernt, daß die im Anschluß an ganz verschiedene Ursachen sich entwickelnden Amentiaerkrankungen klinisch kaum speziell charakterisierende Eigenschaften haben. Zu dem gleichen Resultat gelangten auch die pathologisch-anatomischen Untersucher. So sagt *E. Meyer* z. B. einmal, daß eine charakteristische Veränderung der Granula für die einzelnen ätiologischen Momente sich höchstens in quantitativer Hinsicht auffinden läßt. Ähnlich spricht sich *Binswanger* und auch *Alzheimer* aus. Man hat sich allmählich dahin geeinigt, nur drei ätiologische Gruppen aufzustellen: 1. die Infektion, 2. die Intoxikation, 3. die Erschöpfung. Aber auch diese Scheidung läßt sich nur mühsam aufrechterhalten, hat auch nach den obigen Ausführungen gar keine Bedeutung mehr. Wo bei einer akuten Er-

krankung die Infektionswirkung aufhört und die intoxikatorische Schädigung anfängt, ist unmöglich zu sagen. Die sogenannte Erschöpfung wird andererseits in den meisten Fällen mit Intoxikation zusammenfallen. Gar oft wird es sich um Autointoxikation handeln, deren Wichtigkeit für die Entstehung der Amentia namentlich *Wagner von Jauregg* und seine Schüler nachgewiesen haben. Hierfür spricht auch, daß *Urbach* bei fünf vorher geistig gesunden Personen nach Gallensteinoperation eine kurzdauernde Erschöpfungspsychose (Kollapsdelirium resp. akute Verwirrtheit) auftreten sah. Bei vier Patienten schwand dieselbe gleichzeitig mit der Absetzung gallig gefärbter Stühle. *Urbach* vermutet, daß das Fehlen der Galle im Verdauungstraktus infolge der Fistel zur Bildung giftiger Produkte und so zu einer Intoxikationspsychose führt. Auch bei einem unserer Fälle hat die Autointoxikation wohl eine große Rolle gespielt, da die Sektion eine beträchtliche chronische Enteritis ergeben hat, deren Symptome mit Ausnahme der Anämie allerdings erst gegen das Ende des Lebens hervortraten. Auch bei anderen chronischen konsumptiven Krankheiten ist die Annahme toxischer Wirkung infolge krankhaft veränderten Stoffwechsels und der gesteigerten Resorption von Abbauprodukten naheliegend. So dürften wohl erschöpfende von intoxikatorischen Momenten kaum zu trennen sein, und es bleiben nur zwei ätiologische Grundmomente, infektiöse und intoxikatorische, die man aber auch ihrerseits bei der akuten Infektion z. B. nicht trennen kann. Man unterscheidet daher schließlich am vorteilhaftesten vielleicht nach der beteiligten körperlichen Erkrankung zwischen akuten und chronischen Schädlichkeiten. Zu letzteren rechnet man naturgemäß dann jene Fälle, in denen auch bei genauester Anamnese und Untersuchung ein akutes ursächliches Moment sich nicht finden läßt, sei es, daß die Kranken selbst es nicht wissen oder verschweigen oder unsere Diagnostik nicht ausreicht.

Wie die körperlichen Ursachen die verschiedensten sein können, ohne das Krankheitsbild zu variieren, so auch die gemütlichen. Von den letzteren will ich besonders ein Moment erwähnen, welches in der Literatur bisher nur sehr wenig berücksichtigt ist, so daß sein Einfluß nicht nur bezüglich der Amentia, sondern überhaupt im allgemeinen wohl unterschätzt wird. Bei drei geistig gesunden aber körperlich geschwächten Leuten genügte die Abneigung und Furcht

vor dem Krankenhause, in welches sie sich zum Zwecke eines Heilverfahrens resp. zur Begutachtung trotz ihres Widerwillens begeben mußten, im Verein mit der Änderung der Lebensbedingungen usw., um eine Amentia auszulösen. Bei einem Fall kam als erschwerendes Moment ein Unfall, bei einem anderen eine bevorstehende gynäkologische Operation hinzu. Bei allen dreien handelte es sich um Individuen, die durch chronische anämisierende Prozesse geschwächt waren, alle drei zeigen, daß der psychische Faktor bei der Amentia eine sehr wichtige Rolle spielt.

Einer dieser drei Fälle beansprucht, wie schon oben angedeutet, noch aus anderen Gründen größeres Interesse. Einige Wochen vor dem Ausbruch der Psychose hatte der Betreffende einen Unfall, und zwar eine Fußverletzung erlitten, und es wurde die Frage aufgeworfen, ob beides in einem ursächlichen Zusammenhang steht. Daß Geisteskrankheiten in ätiologische Beziehungen zu Unfällen treten können, ist bekannt. Man nimmt an, daß der Unfall eine bestehende Disposition entweder zu einer Krankheit verstärkt oder ein bisher bestehendes leichtes, vielleicht auch unbemerkt gebliebenes Leiden verschlimmert habe. Bei der Amentia ist dies besonders leicht verständlich, wenn es sich, wie auch in unserem Fall, um geschwächte Individuen handelt. Soll die Annahme eines ursächlichen Zusammenhanges allerdings berechtigt sein, so verlangt man auch eine zeitliche Aufeinanderfolge; entweder muß die Psychose bald nach dem Trauma auftreten, oder der Betroffene in der Zeit zwischen Unfall und Ausbruch der geistigen Störung leichtere psychische Veränderungen aufweisen. Allerdings weiß man gerade von der Amentia, daß ihr allgemeine psychische Prodromalerscheinungen voraufgehen, und andererseits wird verdrießliche, depressive Stimmung bei körperlich schon vorher Kranken durch die vermehrte Arbeitsbehinderung, abgesehen von der psychischen durch einen Unfall bedingten Erschütterung, auch ohne hinzutretende Psychose leicht entstehen. Wenn aber bei einem schon vor einem Unfall körperlich leidenden, geistig aber bis dahin gesunden Individuum nach einem Trauma sich eine Amentia einstellt, so wird man trotz alledem wohl einen ursächlichen Zusammenhang annehmen müssen. Der Unfall ist dann als das psychische Moment zu betrachten, das auf der Basis der chronischen körperlichen Erschöpfung die Amentia aus-

gelöst hat. Allerdings ist in solchen Fällen, wenigstens im Beginn, die Entscheidung oft sehr schwer, denn Depression, Angst, assoziative und motorische Hemmung oder katatone Bewegungsstörungen — Symptome, die z. B. *Weber* als die charakteristischen Zeichen aller Psychosen im Gefolge eines Unfalls anspricht — ähneln in vielfacher Beziehung denen der Dementia. Auch in unserem Falle ist daher zurzeit mit Sicherheit noch nicht zu sagen, ob es sich um eine Amentia oder eine traumatische Katatonie handelt[1]).

Also das Zusammentreffen von entweder geschwächtem Geist und körperlicher Erkrankung oder körperlicher Erkrankung und Schwächung des Geistes scheint bei der Entstehung der Amentia eine wichtige Rolle zu spielen. Daneben wirken natürlich noch eine große Reihe anderer Momente mit, weil sehr viele trotz des Zusammentreffens dieser Schädlichkeiten nicht oder mit einer anderen Geistesstörung erkranken. So sprechen wahrscheinlich noch sehr mit eine Unmenge intermediärer Stoffwechselkomponenten, die man als zeitliche Disposition zusammenzufassen pflegt, und die wir kaum ergründen werden. Schon nach diesen kurzen ätiologischen Betrachtungen kommen wir daher zu demselben Schluß, mit dem auch *E. Meyer* sein Buch über die Ursachen der Geisteskrankheiten endet, „daß zwar groß und mannigfaltig die Zahl der Einflüsse ist, die wir als Ursachen geistiger Störungen kennen, daß aber fast unendlich die Fülle ungelöster Fragen ist, die bei solchen Betrachtungen unsern Weg kreuzen.“ Für die Ätiologie der Amentia im besonderen sehen wir also die Worte zu recht bestehen, die *Griesinger* bezüglich der Ursachen des Irreseins überhaupt sagt, „daß es in der außerordentlichen Mehrzahl der Fälle nicht eine einzige spezifische Ursache, sondern ein Komplex mehrerer vorbereitender und mehr gelegentlich schädlicher Momente ist, unter deren Zusammenwirken die Krankheit zustande kommt“.

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur: N. ist inzwischen aus der Anstalt geheilt entlassen worden. Er arbeitet wieder und soll geistig völlig gesund sein. In der Klinik hat sich N. trotz Aufforderung noch nicht wieder vorgestellt, so daß auch zurzeit ein sicheres Urteil bezüglich der Diagnose nicht abgegeben werden kann.

Neben gewissen ätiologisch zu beachtenden Eigentümlichkeiten rechtfertigt auch der Verlauf der Amentia die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes. Differentialdiagnostische Erörterungen sind am besten geeignet, dies zu zeigen. Ein in jüngster Zeit beobachteter Fall gibt mir Gelegenheit, dies um so eher zu tun, als die hier in Betracht kommenden Momente in der Literatur nur wenig berücksichtigt sind. Ich lasse die Krankengeschichte folgen:

Frau Auguste M., 43 Jahre, war bis vor 1¾ Jahren körperlich stets gesund, wenn auch immer etwas schwächlich. Vor 1½ Jahren Operation wegen Eileiterschwangerschaft. Davon will sie sich nicht wieder recht erholt haben. Geistig war sie gesund bis zum 22. Januar 1908. In der letzten Zeit hatte sie viel Aufregungen durch einen Prozeß gegen ihren Mann, weswegen sie angeblich in den letzten Wochen nur wenig schlafen konnte. In der Gerichtsverhandlung am 22. Januar 1908, der sie bei völliger geistiger Gesundheit beiwohnte, wurde ihr Mann zu einer Freiheitsstrafe verurteilt. Auch am Nachmittag und Abend desselben Tages war sie völlig ruhig und geordnet.

Nachts wurde sie plötzlich unruhig und hatte Gesichtstäuschungen. Sie glaubte, daß ihr Mann zur Verbüßung seiner Strafe abgeholt würde, sah den Wagen, drängte sehr heraus, war örtlich völlig unorientiert, leistete aber auf Aufforderungen richtig Folge. Nach einer Morphiuminjektion soll sie dann einige Zeit ruhig geschlafen und nach dem Erwachen einige völlig verständige Antworten gegeben haben. Am nächsten Tag war sie ruhiger, aber örtlich und zeitlich noch unorientiert, sah dauernd einen Mann mit einem Samtkragen (Richter!).

Bei der Ankunft in der Klinik ist sie in weinerlicher Stimmung, als deren Grund sie ihre Entfernung von Hause angibt. Örtlich ist sie nicht, zeitlich leidlich orientiert, sie faßt die Fragen richtig auf und beantwortet sie in ruhiger, sachgemäßer Weise, zeigt keinen ängstlichen Affekt. Sie weiß richtig anzugeben, wer sie hergebracht hat, und wie lange sie hier ist. Von der Gerichtsverhandlung, dem Arztbesuch, ihrer häuslichen Unruhe weiß sie angeblich nichts. Über ihre Operation gibt sie richtig Auskunft, auch leichte Rechenaufgaben führt sie richtig aus. Ebenso gibt sie über die Vorgeschichte des Prozesses richtig, ruhig und geordnet Auskunft. Keine Halluzinationen. Am Tage nach der Aufnahme ist der Erinnerungsdefekt derselbe, über die Zeit ihres hiesigen Aufenthaltes ist sie nicht orientiert. Am 28. Januar 1908 ist der Erinnerungsdefekt ebenfalls unverändert und umschrieben, sonst ist sie völlig ruhig und geordnet, findet sich in ihrer Umgebung vollständig zurecht. An sich verständiger Erklärungsversuch für ihren hiesigen Aufenthalt: der Mann habe sie herbringen lassen, damit sie nicht den Aufregungen des Prozesses beiwohnen könne. 30. Januar 1908: Hat jetzt Erinnerung für den Weg

zum Gericht, weiß dann aber erst wieder Einzelheiten von ihrem Transport in die Klinik. Sonst ist sie weiter völlig geordnet, hat auch Einsicht, daß sie krank war, und glaubt, daß sie dem Termin beigewohnt habe. Am 7. März 1908 mit 8 Pfund Gewichtszunahme, psychisch unverändert, entlassen.

Worin gleichen sich die beiden Krankheitsbilder, und wodurch unterscheiden sie sich? Auch in dem letzten Fall handelt es sich um eine starke, gemüliche Erregung bei einer körperlich dürftigen Frau. Der Ausbruch erfolgt plötzlich mit lebhafter motorischer Unruhe, Gesichtstäuschungen und starker Unorientiertheit. Die Krankheit klingt schließlich unter Gewichtszunahme und mit Erinnerungslücke zu geistig defektloser Heilung ab.

Aber, um mit dem vorletzten Symptom zu beginnen, der Erinnerungsdefekt beginnt mit dem stark aufregenden Vorfall, der die Erkrankung ausgelöst hat, und umfaßt nur die kurze Zeit von etwa 24 Stunden, während über die vorhergehende und folgende Zeit völlige Klarheit besteht. Bei der Amentia ist der Anfang und das Ende dieser Zeit nicht so bestimmt, und die Erinnerungslücke ist vielseitiger. Diesen Unterschied weisen auch die Halluzinationen auf, die auffallend spärlich und eintönig sind. Es handelt sich nur um Gesichtstäuschungen: sie sieht den Wagen, mit dem ihr Mann fortgeholt wird, und die Richter. Ebenso wie der Erinnerungsdefekt stehen die Halluzinationen in enger Beziehung zum affektiven Moment, das die Erkrankung verursacht hat. Dazu kommt besonders das schnelle Schwinden der Gesichtstäuschungen, der Unruhe, der ängstlichen Erregung und der Unorientiertheit. Nicht, wie bei der Amentia, ganz allmählich und in starken Remissionen, oft durch neue Erregungen unterbrochen, erfolgt schließlich das Erwachen in einer neuen, veränderten Welt mit Zweifeln, mit ängstlichem, ratlosem Affekt und paranoiden Erklärungsversuchen, sondern wir sehen hier eine schnelle, gradlinige, allseitige Besserung mit sofortiger Krankheitseinsicht. Dies alles drängt die Annahme auf, daß es sich in diesem Fall nur um eine oberflächliche Störung handelt. Diese Vermutung wird dadurch bestätigt, daß Pat. schon inmitten ihrer völligen Desorientiertheit Aufforderungen richtig aufzufassen und zu befolgen vermag, daß sie weiter schon am zweiten Tage der Erkrankung vollständig geordnet Auskunft zu geben vermag und die Klarheit ohne Remissionen bestehen bleibt. Auch hier haben wir einen Erklärungsversuch, aber er unterscheidet

sich gewichtig von den paranoiden Ideen, die der Amentia-Kranke äußert. Während der letztere aus seiner ängstlichen Verworrenheit und Unsicherheit heraus meist zu Befürchtungen neigt, sehen wir hier nur eine einzige, von einem positiven Affekt begleitete und auch wieder auf das auslösende Moment bezügliche Vorstellung, die aber sehr schnell wieder verschwindet, weil die Kranke die Aufklärung durch die Umgebung als richtig annimmt und sich von Krankheitseinsicht beherrschen läßt. Dies sind genügende und gewichtige Unterschiede zur Amentia, die also mit tieferen, allseitigeren Störungen der Auffassung und der Verarbeitung der Eindrücke einhergeht, die bezüglich der Halluzinationen weit abwechslungsreichere Bilder bietet, und deren Störungen sich langsamer und nur etappenweise ausgleichen. Der letztere Fall ist daher wohl als ein hysterischer Dämmerzustand aufzufassen, besonders wenn man das innige Verweben fast aller Symptome, auslösende Ursache, Halluzinationen, Erinnerungsdefekt, Erklärungsversuch mit einem und demselben affektiven Moment bedenkt. Von hysterischen Stigmata hatte Frau P. nur starke Ovarie. Es ist dies eine Bestätigung der bekannten Erfahrungstatsache, daß die Anwesenheit körperlicher, für Hysterie sprechender Zeichen wichtige Hilfen sind, nicht aber deren Fehlen gegen die hysterische Natur der Erkrankung spricht. Noch etwas anderes kann man aus diesem Fall lernen, daß, wie bei den körperlichen, so namentlich bei den geistigen Erkrankungen das Gesamtbild die Diagnose bilden soll und nicht die einzelnen Symptome.

Denn bezüglich ihrer Symptome ähnelt die Amentia vielen andern geistigen Erkrankungen. So sind z. B. Stereotypien und paranoide Ideen fast charakteristisch für die Katatonie und die Dementia paranoides. Aber beide Symptome sind nur Begleiterscheinungen einer völlig verschiedenen geistigen Störung. Bei der Dementia praecox haben wir einen willkürlichen Wechsel zwischen klaren und verworrenen Äußerungen und eine diesem Wechsel entsprechende oberflächliche Verarbeitung sich ablösender Wahnideen vor uns, bei der Amentia dagegen die Unfähigkeit, sich zu orientieren, und die Bildung unverarbeiteter Wahnideen als Selbsthilfe, fremdartige Bausteine auf einem fremdartigen Bauplatz.

Auch Halluzinationen finden sich bei den meisten anderen geistigen Erkrankungen und sind nichts Charakteristisches. Immerhin ist be-

rung und Blutungen in der Rinde, im zentralen Höhlengrau und im Rückenmark — gleichen denen sehr, wie sie *Bonhöffer* bei dem Delirium tremens nachgewiesen hat. Doch die Übereinstimmung geht noch weiter. Bekanntlich überwiegen bei der Alkoholparanoia die Gehörstäuschungen, beim Delirium die Gesichtstäuschungen. Diese Verschiedenheit beruht nach *K. Goldstein* auf dem verschiedenen Bewußtseinszustand: „In Zuständen, in denen sonst die Bedingungen für das Auftreten von Halluzinationen gegeben sind, finden sich bei gleichzeitiger Bewußtseinstrübung mehr optische Halluzinationen, bei Besonnenheit mehr akustische.“ Daß mit zunehmender Klarheit die Gehörstäuschungen die des Gesichts überwiegen, finden wir nicht nur im Verlauf des einzelnen Amentiafalles bestätigt, sondern es will auch scheinen, als ob überhaupt bei den an akute Krankheiten sich anschließenden Fällen — hier wie beim Delirium auch Temperatursteigerung — mehr die Gesichtshalluzinationen, bei den auf der Basis chronischer Krankheiten entstehenden mehr die Gehörshalluzinationen überwiegen. Wir wissen aber (*Beyer*), daß bei diesen letzten Fällen die Bewußtseinstrübung eine weniger hochgradige ist und schneller zurückgeht als bei den anderen, und darin besteht außer den Halluzinationen eine weitere Ähnlichkeit zu den Alkoholpsychosen, von denen das Delirium die akuten, die Alkoholparanoia die mehr chronisch beginnenden Formen repräsentiert. Da aber beide Störungen, Amentia und Alkoholpsychosen — und dies ist das dritte Gemeinsame — auf toxischen Ursachen beruhen, wie schon einmal gesagt ist, so liegt die Annahme sehr nahe, beides, Gleichheit des Bewußtseinszustandes und Gleichheit der Halluzinationen, auf dieselbe Ursache zurückzuführen und sie als quantitativ verschiedene Giftwirkungen aufzufassen. Noch wissen wir nicht, warum einmal ein Delirium, das andere Mal eine Alkoholparanoia entsteht, und es ist möglich, daß nach Erforschung dieser Momente weitere Ähnlichkeiten, u. a. auch in ätio-

logischer Beziehung, zwischen Amentia und Alkoholpsychosen sich finden werden.

Auch die Prognose der Amentia bedarf der Erwähnung, weil auch sie sich wesentlich von derjenigen anderer geistigen Erkrankungen unterscheidet. In der weit überwiegenden Mehrzahl genesen nämlich Amentia-Kranke völlig ohne Rezidiv. Hieran haben neuere Autoren besonders unter dem Einfluß der Lehre von den periodischen bzw. rezidivierenden Psychosen zu zweifeln begonnen. „Man braucht", sagt *Kraepelin* einmal, „nur genügend lange zu warten, um die Amentia-Fälle in den Hafen der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins einlaufen zu sehen." Gewiß mögen viele Fälle verkannt werden und in Wirklichkeit zu diesen Krankheitsgruppen gehören, denn die Amentia ist in der Tat eine sehr seltene Erkrankung. *E. Meyer* fand unter 1104 geisteskranken Frauen nur 9 Fälle, und ähnlich sind unsere Zahlen. Unter 2280 Aufnahmen vom 1. April 1904 bis 1. April 1908, unter denen 854 Frauen sind, sind nur 10 Fälle von Amentia, wenn ich einen Fall hier nicht mitrechne, bei dem die Diagnose noch nicht ganz feststeht. Aber muß denn z. B. bei einem Tuberkulösen eine frühere Gelenkentzündung tuberkulöser Natur gewesen sein? Kann nicht jemand kürzere oder längere Zeit nach einer typisch verlaufenen und geheilten Amentia an einer damit in gar keinem Zusammenhang stehenden Dementia praecox erkranken? Dies ist ein sehr wichtiger Punkt, dessen zu geringe Berücksichtigung sich allerdings wohl teilweise durch die noch nicht genügende Sicherheit differentialdiagnostischer Kriterien erklären läßt. Noch ein anderer Gesichtspunkt muß hier erwähnt werden. Die Vorzüge und Lehren katamnestischer Studien haben teilweise zu einer Überschätzung und zu unrichtigen Ansichten geführt. Es ist auf dem Boden unserer augenblicklichen psychologischen und anatomischen Kenntnisse wohl nicht richtig, aus gleichen Endzuständen Schlüsse auf die Gleichheit der vorhergegangenen Krankheiten zu ziehen, abgesehen von der bereits vorhin erwähnten Unmöglichkeit, frühere geheilte Erkrankungen auszuschließen. Spätere geistige Erkrankungen sprechen also an und für sich durchaus nicht gegen eine überstandene und völlig geheilte Amentia. Abgesehen von den wenigen bisher beobachteten Fällen von chronischer Amentia ist die Prognose durchaus günstig und wird nur leicht durch die zugrunde liegenden, akut oder chronisch schädigenden Erkrankungen getrübt.

Die Prognose ist also wesentlich verschieden von der Dementia praecox. Infolge der körperlichen Leiden sind die Amentia-Kranken allerdings gefährdeter, dafür sind aber die psychischen Aussichten günstiger. Zwar werden auch viele an Dementia praecox Erkrankte sozial wieder brauchbar und arbeitsfähig, doch pflegt die völlige Restitutio ad integrum sich immerhin selten einzustellen, während dies bei der Amentia, wie bereits gesagt, die Regel ist. Bei einem unserer Kranken ist der Ausgang noch unentschieden, eine Kranke ist an den Folgen ihres körperlichen Leidens gestorben, die anderen sind in kurzer Zeit völlig gesundet und gesund geblieben. Wenn ich von den rein körperlichen Erkrankungen absehe, so droht am meisten Gefahr von der oft starken Unruhe (*Jolly*, Fettembolie) und der Nahrungsverweigerung. In zwei sehr bedenklichen Fällen hat uns die wiederholte Kochsalzinfusion sehr gute Dienste geleistet. Es wird hierdurch wohl die Eliminierung infektiöser und toxischer Produkte befördert. Nach der zweiten Infusion begannen die Kranken meist ruhiger zu werden und blieben es. Auch bei einigen anderen sehr aufgeregten Kranken mit geringen Temperatursteigerungen (akutes Delirium) haben wir dieselben mit vorzüglichem Erfolg angewandt und stets einen vollständigen Umschlag eintreten sehen, so daß dieselben dringend empfohlen werden können.

Ätiologie, Verlauf und Prognose der Amentia weisen demnach Besonderheiten auf, welche die Aufstellung eines besonderen Krankheitsbildes, zum mindesten einer Amentiagruppe im *Stransky*schen Sinne, wohl rechtfertigen.

Zusammengefaßt sind die Resultate der Arbeit:

1. Ätiologisch scheint bei der Amentia das Zusammentreffen körperlicher und psychischer Ursachen wichtig zu sein. Bei Fällen, die durch akute Erkrankungen ausgelöst sind, dürfte der psychische Faktor die Rolle des prädisponierenden Momentes spielen, während chronische Erkrankungen den prädisponierenden Boden abgeben, auf dem das psychische Moment auslösend wirkt.

2. Unter den psychischen Momenten, die eine Amentia auslösen können, ist unter anderem

die Furcht vor dem Krankenhaus zu erwähnen. Allein die Aufnahme in dasselbe kann ebenso wie ein Unfall bei einem geschwächten Körper den Ausbruch der Erkrankung bewirken.

3. Die Differentialdiagnose zwischen Amentia auf der einen, und besonders der Katatonie und Hysterie auf der andern Seite ist im Anfang oft schwierig.

4. Außer der Ätiologie fordern auch die Halluzinationen zum Vergleich der Amentia mit den Alkoholpsychosen auf.

5. Spätere geistige Erkrankungen sprechen nicht unbedingt gegen die Diagnose Amentia.

Literatur.

Beyer, Über eine Form der akuten Verworrenheit im klimakterischen Alter. Arch. f. Psych. Bd. 29.

Binswanger und *Berger*, Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Infektions- und Intoxikationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 34.

Bonhöffer, Korsakow in Beziehung zu verschiedenen Krankheitsformen.

Dreyfus, D., Inanition im Verlauf der Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 41.

Goldstein, K., Ein Beitrag zur Lehre von den Alkoholpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64.

Griesinger, Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. 1876.

Jacobsohn, Über Autointoxikationspsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 51.

Jahrmärker, Zur Frage der Amentia. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1907.

Jastrowitz, Rheumatische Geistesstörung. Allg. Zeitschr. f. Psych.

Kölpin, Über Dementia praecox, insbesondere der paranoiden Form derselben. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 65.

Konrad, Zur Lehre von der akuten halluzinatorischen Verworrenheit. Arch. f. Psych. Bd. 17.

Kräpelin, Über den Einfluß akuter Krankheiten auf die Entstehung von Geisteskrankheiten. Arch. f. Psych. Bd. 11/12.

Derselbe, Einführung und Lehrbuch.

Mayser, Zum sogenannten halluzinatorischen Wahnsinn. Allg. Zeitschr. Bd. 42.

Meyer, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Verlag Fischer 1907.

Derselbe, Die Pathologie der Ganglienzellen. Arch. f. Psych. Bd. 33.

Derselbe, Über Autointoxikationspsychosen. Arch. f. Psych. Bd. 39.

Meyer, Beiträge zur Kenntnis der akut entstandenen Psychosen und der katatonischen Zustände. Arch. f. Psych. Bd. 32.

Derselbe, Zur Klinik der Puerperalpsychosen. Allg. Zeitschr. Bd. 58.

Raecke, Zur Lehre der Erschöpfungspsychosen. Monatsschr. f. Psych. Bd. X.

Derselbe, Erschöpfungspsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 57).

Raimann, Hysterische Geistesstörungen. Deuticke 1904.

Sander, Beiträge zur Ätiologie und pathologischen Anatomie akuter Geistesstörungen. Arch. f. Psych. Bd. 34.

Siemerling, Psychosen nach akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 60.

Stransky, Zur Lehre von der Amentia. Journ. f. Psych. u. Neurol. Bd. IV.

Strohmayer, Zur Klinik, Diagnose und Prognose der Amentia. Monatsschr. für Psych. Bd. XIX.

Urbach, P., Akute Psychosen nach Operation am Gallengangssystem. Wien. klin. Wochenschr. 1907 Nr. 47, zitiert aus Fortschr. d. Med. 1908, Nr. 8.

Weygandt, Psychische Erschöpfung durch Hunger und durch Schlafmangel. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 56.

Will, Lehre von der Verwirrtheit. Arch. f. Psych. Bd. 19.

Ein Beitrag zur Frage der Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie.

Von

Dr. K. Imboden,

Assistenzarzt an der Universitätspoliklinik für Nervenkranke, Zürich.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, die Wandlungen zu kennzeichnen, welche der Begriff der kombinierten Psychosen entsprechend dem Entwicklungsgang der psychiatrischen Wissenschaft überhaupt während der letzten Jahrzehnte durchgemacht hat. In klarer und übersichtlicher Weise ist dies in neuerer Zeit durch *Gaupp* [1]) und *Stransky* [2]) geschehen. Beide Autoren sind Vertreter der klinischen Forschungsrichtung im Sinne von *Kahlbaum* und *Kraepelin* und haben zur kritischen Klärung der Frage wertvolle Beiträge geliefert. Während wir nach *Gaupp* von kombinierten Psychosen dann sprechen dürfen, „wenn sich entweder zu angeborenen Anomalien Geistesstörungen als erworbene Prozesse hinzugesellen, oder wenn eine Geisteskrankheit durch andere, manchmal mehr zufällige Hirnschädigungen (Alkoholvergiftung, Blutgefäßerkrankung, senile Rindenverödung) kompliziert und in ihrem klinischen Bilde und Verlaufe verändert wird“, will *Stransky* den Begriff der kombinierten Psychosen viel enger umgrenzt und auf diejenigen Fälle beschränkt wissen, wo bei einem Individuum zwei oder mehrere Geistesstörungen zur Beobachtung kommen, die wir unserer empirischen Erfahrung nach als „disparate“ oder „antagonistische“ zu bezeichnen berechtigt sind. Wirkliche Kombinationen wären nach *Stransky* folgende: Kombination

---

[1]) *Gaupp*, zur Frage der kombinierten Psychosen; Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat. 1903.

[2]) *Stransky*, zur Lehre von den kombinierten Psychosen; Zeitschr. für Psychiat. 1906.

von Epilepsie mit Melancholie, von echter Amentia mit chronischer Verrücktheit, von manisch-depressivem Irresein mit Paralyse, von Paranoia mit zirkulärem Irresein. Wie aus *Stranskys* kasuistischem Beitrag hervorgeht, dessen nosologische Auffassung uns übrigens anfechtbar erscheint (s. unten), muß auch das Zusammenvorkommen des manisch-depressiven Irreseins und der Katatonie hier aufgezählt werden. Unserer Ansicht nach geht aber *Stransky* in seinem Bestreben, das Thema möglichst eng zu fassen, zu weit. So sehr wir mit ihm darin einverstanden sind, daß es geraten wäre, dann nicht von einer Kombination zu reden, wenn sich eine beliebige Psychose aus einem abnormen Habitualzustand heraus, d. h. auf dem Boden einer degenerativen Persönlichkeit (Imbezillität, leichte Hysterie, Zwangsneurose usw.), entwickelt, und daß ferner das Hinzutreten entweder einer Alkoholpsychose, des Gehirnatheroms oder der senilen Demenz zu einer bestehenden Geistesstörung eine relativ sehr häufige Erscheinung ist, der man durch einen eigenen Namen keine klinische Sonderstellung zu geben genötigt ist, so sehr sind wir davon überzeugt, daß durch die Forderung eines empirisch festgestellten antagonistischen Verhaltens der sich kombinierenden Psychosen die Frage der Kombination nicht vereinfacht, sondern im Gegenteil um ein erhebliches kompliziert wird. Wohl scheint nach den Untersuchungen von *Pilcz* eine gewisse Gegensätzlichkeit zwischen einzelnen Psychosen, z. B. dem manisch-depressiven Irresein und der Paralyse, zu bestehen, so daß deren Kombination sich verhältnismäßig nur sehr selten konstatieren läßt, im Grunde genommen fehlt uns aber bis jetzt jede sichere klinische Grundlage, welche uns erlauben würde, eine Psychose einer andern als „disparate" oder „antagonistische" gegenüberzustellen.

Ein letztes und entscheidendes Wort wird hier wohl, wie überhaupt in der Frage der Kombination der Psychosen, die leider erst in den Anfängen stehende ätiologisch-anatomische Erforschung der Geisteskrankheiten zu sprechen haben. Zur Stunde ist aber durch die bloße klinische Beobachtung in wissenschaftlich einwandfreier Weise festgestellt, daß Symptomenkomplexe der verschiedenen degenerativen Psychosen als initiale oder interkurrente Zustandsbilder im Verlaufe der organischen Hirnerkrankungen, zu welchen nach den neueren Forschungen auch die Dementia-praecox-Gruppe gerechnet werden muß, beobachtet werden können. Wir erinnern hier nur an

den von *Fauser* [1]) in eingehender Weise beschriebenen Paralysefall, der im Beginne der Erkrankung während längerer Zeit bei Abwesenheit von allen pathognomonischen paralytischen Erscheinungen ein rein manisches Bild darbot. Unter diesem Gesichtspunkte möchten wir auch den schon oben angeführten Fall *Stranskys* (Kombination von manisch-depressivem Irresein und Katatonie) beurteilen. Abgesehen davon, daß die Anamnese des betreffenden Falles allerlei bietet, was sich ohne Zwang als früh einsetzende psychische Defekterscheinungen, also als Primärsymptome der später vollentwickelten Katatonie deuten läßt, muß hervorgehoben werden, daß gerade bei der Dementia praecox länger oder kürzer dauernde, ziemlich rein manische Zustandsbilder relativ nicht selten zur Beobachtung kommen. Auch der Tatsache, daß der Kranke *Stranskys* zwei Jahre vor der eigentlichen Anstaltsbeobachtung einen Erregungszustand von angeblich „manischem Typus" durchgemacht hat, darf zugunsten der Auffassung einer Kombination von manisch-depressivem Irresein mit einer Katatonie kein besonderes Gewicht beigelegt werden. Schubweises Einsetzen und schubweiser Verlauf einer Dementia praecox ist doch etwas sehr Gewöhnliches. Als auf eine Analogieerscheinung weisen wir auf die von *Pilcz* [2]) zusammengestellten Paralysenfälle hin, bei welchen nach einem mehr oder weniger ausgeprägten anfänglichen zirkulären Symptomenkomplexe angeblich vollständige Intermissionen der Krankheit zur Beobachtung kamen. *Pilcz* selbst betrachtet diese Erregungs- und Depressionszustände als bereits zu der darauffolgenden Paralyse gehörig.

Es ist überhaupt in der Psychiatrie zu einem wichtigen diagnostischen Axiom geworden, daß einzelne Symptome und Symptomenkomplexe nichts beweisen, sondern daß allein die fortgesetzte klinische Beobachtung und die Übersicht über den Krankheitsverlauf uns Klarheit über das Wesen einer Psychose zu geben vermögen. Das kranke Gehirn verfügt eben über eine Reihe abnormer Mechanismen, die in verschiedener Gruppierung und Nüancierung wohl für bestimmte Erkrankungen charakteristisch, in ihrer Einzelheit aber so vielbedeutend sind, daß sich ein vorsichtiger Beobachter immer hüten wird, aus dem Vorhandensein dieses oder jenes Symptomes vorzeitige Schlüsse zu

---

[1]) *Fauser*, Endogene Symptomencomplexe bei exogenen Krankheitsformen; Allgem. Zeitschr. f. Psychiat. 1905.

[2]) *Pilcz*, Die periodischen Psychosen 1901. p. 181.

sche Psychosen relativ selten sind, — bei den Kranken der Heidelberger Irrenklinik nach 1890 machten sie z. B. nur 1,5% aller aufgenommenen Fälle aus —, vereinzelte hysterische Symptome bei den einfachen Seelenstörungen (die verschiedenen Formen der Dementia praecox, manisch-depressives Irresein, Rückbildungsmelancholie) dagegen verhältnismäßig häufig sind. Nach *Nissl* wurden nämlich hysterische Symptome überhaupt, ohne Rücksicht auf die Diagnose, bei 11,2% aller Fälle des gleichen Krankenmaterials gefunden. Alle diese vereinzelten hysteriformen Erscheinungen, welche der streng symptomatologisch denkende Forscher ohne Bedenken als echt hysterisch bezeichnen würde, gehören nach der Auffassung *Nissls* nicht zu dieser wohlcharakterisierten Psychoneurose, sondern sind Äußerungsformen, wenn auch sehr atypische, der zugrunde liegenden Psychose, an deren Verlauf sie gebunden sind. Als einzig sicheres Kriterium für die hysterische Natur eines Symptoms betrachtet *Nissl* den Nachweis einer bei dem betreffenden Individuum vorhandenen Hysterie; d. h. dieselbe muß vor dem Beginn der komplizierenden Psychose bestanden haben und auch nach dem Abklingen derselben wieder in Erscheinung treten. Hinsichtlich der theoretischen Auffassung der Hysterie teilt *Nissl* völlig die *Kraepelin*sche Anschauung, wonach „dieselbe eine angeborene Krankheit bedeutet, welche einen eigenartigen Zustand des Nervensystems bedingt, der klinisch dadurch zum Ausdruck gelangt, daß er zur Entwicklung des sogenannten hysterischen Charakters führt und sich andauernd insofern wirksam zeigt, als jederzeit passagere körperliche Störungen und verschiedene Formen eines spezifischen Irreseins durch gefühlsstarke Vorstellungen hervorgerufen werden können."

Einen wesentlich verschiedenen, ja der hier kurz skizzierten *Nissl*schen Anschauungsweise diametral entgegengesetzten Stand-

[1]) *Nissl*, Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen; Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat. 1902.

punkt in der Wertung hysterischer Symptome, welche im Verlaufe der verschiedenen psychischen Störungen auftreten können, nimmt *Thoma* [1]) ein. Im Anschluß an die Mitteilung einiger von ihm beobachteten organischen Hirnerkrankungen (Tumor cerebri, Lues cerebri, chronische tuberkulöse Meningitis), die klinisch durch das Auftreten von mehr oder weniger ausgeprägten hysterischen Erscheinungen bemerkenswert waren, entwickelt dieser Autor seine Ansicht über das Wesen derselben. Er protestiert dagegen, daß diese Symptome etwa als pseudohysterische oder hysteriforme Krankheitszeichen der betreffenden organischen Hirnerkrankungen angesehen werden, und faßt sie als echt hysterische Begleiterscheinungen auf, die zu der auslösenden Ursache nur in indirektem Verhältnis stehen, insofern dieselbe durch die eintretenden allgemeinen Ernährungsstörungen des Gehirns einer latent schlummernden Hysterie zum Durchbruch verhilft. Während bei der echten, konstitutionellen Hysterie das Manifestwerden der spezifischen Krankheitserscheinungen primär durch die psychisch-degenerative Veranlagung verursacht wird, würde also nach der Auffassung *Thomas* der gleiche Effekt bei einer vorher intakten Psyche durch eine grobmaterielle Schädigung des Gehirns zustande gebracht. Konsequenterweise dehnt *Thoma* diese seine Betrachtungsweise auf diejenigen Verblödungspsychosen aus, die während des Beginnes kürzere oder längere Zeit hindurch hysterische Zustandsbilder darbieten. Durch Hinzurechnung zu der echten Hysterie glaubt *Thoma* diese hysteriform einsetzenden Demenzfälle besser charakterisiert, „als wenn sie in einer Reihe mit den schon allzu zahlreichen Formen der Dementia praecox genannt werden".

Um die Unhaltbarkeit dieser Schlußfolgerungen *Thomas* zu illustrieren, brauchten wir eigentlich bloß darauf hinzuweisen, daß die große Mehrzahl der Forscher darin einig ist, daß die Hysterie nie zu Dauerzuständen im Sinne einer ausgesprochenen Demenz führt, ja daß das Unversehrtbleiben der geistigen Fähigkeiten trotz schwerer psychotischer Zustandsbilder und lang andauernder Dämmerzustände ein Hauptcharakteristikum einer wirklich hysterischen Erkrankung ist. Daß dieser Satz, den man füglich ein Axiom nennen könnte, nicht bloß theoretische, sondern auch praktische Wichtigkeit

[1]) *Thoma*, Über hysterische Symptome bei organischen Hirnerkrankungen; Allgem. Zeitschr. f. Psychiat 1903.

hat, ist von vornherein ersichtlich. Für seine Anschauung, daß „hysterische“ Begleiterscheinungen der verschiedenen Hirnerkrankungen wirklich zur echten Hysterie gehören, ist uns *Thoma*, wie übrigens nicht anders zu erwarten ist, jeden Beweis schuldig geblieben. Unhaltbar ist aber vor allem die Art seines wissenschaftlichen Argumentierens, weil dasselbe viele wichtige, ja fundamentale Ergebnisse der modernen psychiatrischen Forschung außer acht läßt. Dieselbe hat uns nämlich gelehrt, bei der klinischen Abgrenzung der Krankheitsbilder weniger auf einzelne Symptome und Symptomgruppen als auf den Überblick über den Gesamtverlauf, weniger auf ein bloß symptomatologisches Studium als auf eine ätiologisch-anatomische Erforschung der Psychosen das Hauptgewicht zu legen. Ein Sachverständiger, der nicht bloß Augenblicks- und Zustandsdiagnosen macht, sondern mit seinem diagnostischen Endurteil ein ganzes Krankheitsbild umfassen möchte, wird sich ängstlich hüten, die unbestimmten nervösen Initialerscheinungen der Paralyse mit einer einfachen Neurasthenie zu verwechseln, wie es ihm auch nie einfallen wird, einen durch einen Hirntumor hervorgerufenen katatonischen Symptomenkomplex mit einer echten *Kahlbaum*schen Katatonie oder einen epileptiform-paralytischen Anfall mit einer genuinen Epilepsie zu identifizieren. Während der bloß relative Wert aller Einzelsymptome für den Diagnostiker zu einem wichtigen Prinzip geworden ist, sehen wir nicht ein, warum man hinsichtlich der hysterischen Erscheinungen eine Ausnahme machen sollte. Wohl nehmen diese hysteriformen Begleiterscheinungen neben anderen atypischen Symptomen, die als anscheinend heterogene Elemente nicht zu dem Durchschnittsbilde der zugrunde liegenden Psychose passen, insofern eine Sonderstellung ein, als sie sich besonders häufig dem Untersucher aufdrängen. Aber gerade dieser Umstand sollte zur Vorsicht mahnen, da er doch in erster Linie nichts anderes beweist, als daß die psychischen Mechanismen, welche wir als typisch für die echte Hysterie anzusehen gewohnt sind, als allgemeine Krankheitserscheinungen bei den verschiedensten pathologischen Zuständen des Zentralnervensystems vorkommen können, auch wenn die betreffenden Patienten in gesunden Tagen nie irgendwelche hysterischen Züge dargeboten haben.

Leider fehlen uns zur Stunde noch alle sicheren Kriterien, echt hysterische Symptome, d. h. Partialäußerungen einer klinisch unan-

fechtbaren Hysterie von bloß hysteriformen Erscheinungen zu unterscheiden. Ohne in den Fehler fallen zu wollen, gegen welchen *Nissl* sich nicht mit Unrecht auflehnt, diese Unterscheidung nämlich auf vorzeitige und ungenügend basierte psychologische Erklärungsversuche abzustellen, glauben wir doch, daß schon die einfache klinische Beobachtung uns in dieser Richtung einige Fingerzeige zu geben vermag. Wenn wir nämlich diese hysteriformen Begleiterscheinungen durchgehen, stoßen wir meistens auf recht monotone, wenig differenzierte Symptome und Symptomgruppierungen. Häufig sind hier allerlei Charakterveränderungen, welche mehr oder weniger in das Gebiet des hysterischen Charakters hineinschlagen, ferner verschieden gestaltete Krampfanfälle, motorische Reiz- und Lähmungserscheinungen, Sensibilitätsstörungen und Funktionsanomalien seitens der Sinnesorgane, während reicher nuancierte hysterische Symptome, wie Dämmerzustände, Schlafanfälle, Erlebnisdelirien, stereotype Halluzinationen und komplizierte suggestive Phänomene, entweder gar nicht oder doch nur sehr selten zur Beobachtung kommen. Wir treffen also als hysteriforme Begleiterscheinungen der verschiedenen funktionellen und organischen Hirnerkrankungen vorwiegend die neurotischen Elementarerscheinungen, die sogenannten Stigmata der Hysterie. Und wenn wir näher zusehen, haben gerade dieselben, wie übrigens schon *Möbius* in klarer Weise hervorgehoben hat, unter allen hysterischen Phänomenen am wenigsten einen psychogenen Charakter. Wenn auch zwischen mehr oder weniger bewußten und stark affektbetonten Vorstellungen, d. h. ausgesprochen psychischen Momenten und den hysterischen Stigmata, soweit deren erstes Auftreten in Betracht kommt, ein ursächliches Verhältnis zugestanden werden muß, würden wir uns doch vergeblich bemühen, zwischen den auslösenden psychischen Ursachen und deren krankhaften Folgewirkungen — d. h. den Stigmata — einen tiefern, nicht bloß formalen, sondern auch inhaltlichen Zusammenhang herauszufinden. Während ein solcher sowohl formaler als auch inhaltlicher Zusammenhang bei dem höher differenzierten hysterischen Phänomen in der Regel nachgewiesen werden kann, würde es kaum gelingen, dieses innige Abhängigkeitsverhältnis z. B. zwischen einem einmaligen Schreck und einem darauf folgenden halbseitigen Tremor darzutun. In letzter Linie sind eben die hysterischen Stigmata abnorme, in der hysterischen Persönlichkeit

vorgebildete psychische Mechanismen, auf welche sich erst das komplizierte Gebäude einer wirklich psychogenen Geistesstörung aufbauen kann. Ohne diese pathologische Erregbarkeit, deren Ausdruck die Stigmata sind, gäbe es keine Psychogenität. So sehr uns die psychologische Erforschung der Hysterie aussichtsvoll erscheint, so wird sie doch immer vor dieser letzten Ursache, d. h. der abnormen Funktionsweise des Zentralnervensystems, Halt machen müssen; diese psychologisch motivieren und erklären zu wollen, würde ebenso unmöglich sein, als einen paralytischen Anfall einer psychologischen Analyse zu unterwerfen.

Wenn wir uns weiterhin vergegenwärtigen — es sei nur an die oben angeführten Zahlen *Nissls* erinnert —, wie häufig wir hysterische Stigmata bei fast allen nicht hysterischen Geistesstörungen finden, dann müssen wir denselben jeden streng spezifischen, pathognomonischen Charakter absprechen. Was wir hier für die hysterischen Stigmata ausgeführt haben, gilt nicht weniger für den hysterischen Krampfanfall, der diagnostisch absolut nicht eindeutig ist, sondern gerade bei organischen Hirnerkrankungen (Tumor, Echinococcus usw.) relativ häufig beobachtet werden kann. Um schließlich noch kurz auf den sogenannten hysterischen Charakter einzugehen, so wird jeder, der weiß, daß derselbe von Zeit zu Zeit immer wieder ein wissenschaftliches Streitobjekt der Autoren bildet, sich hüten, erworbenen psychischen Veränderungen, die wir bei der wirklichen Hysterie als konstitutionelle Eigentümlichkeiten anzutreffen gewohnt sind, einen spezifischen, pathognostischen Wert beizulegen; es sei denn, er wolle mit *Thoma* z. B. alle die relativ häufigen Katatoniefälle, die im Anfang ein exquisit hysteriformes Verhalten darbieten, zu der Hysterie rechnen.

Wir sehen also, daß die elementaren hysterischen Symptome, deren Psychogenität nur in geringem Grade ausgesprochen ist, als nicht spezifische kortikale Erregungen und Dissoziationen bei den mannigfachsten Hirnerkrankungen vorkommen können, daß wir aber gegenwärtig noch nicht imstande sind, diese hysteriformen Erscheinungen rein symptomatologisch von den Krankheitsäußerungen der echten Hysterie zu unterscheiden. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß die *Jung-Ricklin*schen diagnostischen Assoziationsstudien [1]), welche spe-

[1]) s. d. Assoziationsstudien dieser Autoren im Journal f. Psychologie u. Hypnotismus.

ziell mit Bezug auf die Hysterie als einen experimentellen Ausbau der *Freud-Breuer*schen Hysterielehre zu bezeichnen sind, uns mit der Zeit diese Unterscheidung in wissenschaftlich einwandfreier Weise gestatten werden.

Wenn wir nun auf das spezielle Thema unserer Arbeit, d. h. auf die Frage der Kombination einer manisch-depressiven Geistesstörung mit einer Hysterie eingehen, dürfen wir selbstverständlich die vorstehenden kritischen Erörterungen nie außer acht lassen. Wie wir gesehen haben, ist es nach den Ausführungen *Nissls* eine wissenschaftlich genügend erhärtete Tatsache, daß sich gerade bei dem manisch-depressiven Irresein vereinzelte hysterische Erscheinungen, wie einfache hysterische Symptomenkomplexe, relativ häufig in das gewohnte klinische Krankheitsbild einmischen. In allen jenen Fällen, wo diese hysteriformen Elemente streng an den Verlauf der zirkulären Psychose, namentlich an eine bestimmte Phase der Erkrankung gebunden sind, sich also weder im Vorleben noch in den freien Intervallen der Kranken irgendwelche eindeutige hysterische Züge nachweisen lassen, kann von einer Kombination zweier klinisch wohl charakterisierter und differenter Geistesstörungen keine Rede sein. Die interkurrenten Zustandsbilder, welche der strenge Symptomatologe als hysterisch deuten könnte, sind atypische Mechanismen des manisch-depressiven Irreseins. Um dies zu illustrieren, verweisen wir hier kurz auf zwei Fälle, die wir in der letzten Zeit beobachtet haben.

1. Eine 59jährige Frau, ohne hysterische Antezedentien, bot im Verlaufe der Depression einen ausgesprochenen, doch in der Intensität sehr wechselnden rechtsseitigen Hemitremor dar, der während der sich an die Depression direkt anschließenden Submanie vollständig verschwand.

2. Eine 52jährige manisch-depressive Kranke, deren Anamnese hinsichtlich einer eventuell schon früher bestandenen Hysterie negativ ist, zeigte während der Manie zu wiederholten Malen Stimmbandkrämpfe, die während der vorausgegangenen 2 Jahre dauernden Depression nie beobachtet worden waren.

Ohne große Schwierigkeit ließe sich eine ganze Reihe ähnlicher Fälle anführen. Als häufigste solcher hysteriformen Symptome, die im Verlauf entweder einer Manie oder einer Depression konstatiert werden können, sind Krampfanfälle, Ohnmachten, Topalgien, Globusempfindungen, diffuse, seltener auch umschriebene Hyperästhesien, schmerzhafte Druckpunkte, paretische Erscheinungen zu erwähnen.

Wir treffen also vorwiegend die sogenannten hysterischen Stigmata, auf deren nur relative spezifische Beweiskraft wir oben hingewiesen haben. Eine Rarität dürfte der von *Nissl* kurz beschriebene Fall einer manisch-depressiven Psychose darstellen, bei welcher während jeder sich wiederholenden Depression ein hochdifferenzierter Komplex neurotischer Erscheinungen (neuralgische Schmerzen im Unterleibe, Zustände, welche das Bild der Astasie-Abasie darboten, krampfartige Phänomene in den Extremitäten, welche auf Druck von einem Punkte des Abdomens ausgelöst werden konnten, Kontraktur des Beines in Streckstellung usw.) beobachtet wurde, der so stark im Vordergrund stand, „daß man in der depressiven Phase des vierten Anfalles überlegte, ob nicht die Ausführung einer Scheinlaparotomie bei der Kranken das geeignete Mittel sei, um dieselbe von ihren hysterischen Schmerzen zu befreien". Die betreffenden hysteriformen Symptome traten jeweils in der Manie zum größten Teil und in der anfallsfreien Zwischenzeit völlig zurück; weder vor dem Ausbruch der Erkrankung noch in den gesunden Intervallen konnten die den Hysterischen mehr oder weniger eigenen Charakterzüge, noch irgendwelche eindeutige neurotische Erscheinungen konstatiert werden. Einen instruktiveren Fall als Beispiel für die geringe pathognomonische Bedeutung der hysterischen Stigmata konnten wir in der Fachliteratur nicht auffinden.

Von Wichtigkeit ist es, hier auch auf die zum Wesen der Hysterie gehörenden exzessiven Affektschwankungen hinzuweisen, welche sich uns in ihren schärfsten Akzentuierungen einerseits als Stunden bis Tage andauernde Erregungszustände, die dem flüchtigen Beobachter vielleicht als Manie imponieren mögen, andererseits als starke und protrahierte depressive Verstimmungen darbieten. Abgesehen davon, daß wir hier in der Regel die auslösende psychische Ursache nachzuweisen vermögen, das momentane psychotische Zustandsbild mithin als exquisit psychogener Natur bezeichnen können, fehlt den hysterischen Erregungszuständen immer eine typische manische Ideenflucht, wie auch das Bild einer eigentlichen psychomotorischen Hemmung bei den der Hysterie zukommenden Verstimmungen nicht beobachtet wird. Da wir entsprechend dem Entwicklungsgang der Psychiatrie gewohnt sind, den Namen der Manie einer ätiologisch einheitlichen und symptomatologisch scharf charakterisierten Psychose beizulegen,

ist es zu begrüßen, daß von der großen Mehrzahl der Autoren die Bezeichnung „Hysteromanie" als Zusammenfassung aller bei der Hysterie vorkommenden, mehr oder weniger manisch gefärbten Exaltationen endgültig fallen gelassen worden ist.

Anders verhält es sich mit der sogenannten Hysteromelancholie, die neuerdings in *G. Specht* [1]) wieder einen eifrigen Verfechter gefunden hat. Es muß bemerkt werden, daß Specht diejenigen Krankheitsformen, denen er diese Bezeichnung beigelegt wissen möchte, genau abtrennt einerseits von den unzweifelhaft manisch-depressiven Störungen, die bei einer bestehenden Hysterie auftreten können, andererseits von jenen echt depressiven Psychosen, bei denen vereinzelte hysteriforme Symptome und Symptomgruppen als ungewöhnliche, wenn auch nicht seltene Begleiterscheinungen zur Beobachtung kommen. Diese klinische Abgrenzung vor Augen haltend, würde nach *Specht* dort eine Hysteromelancholie diagnostiziert werden können, wo sich aus einer hysterischen Persönlichkeit heraus auf eine äußere Gelegenheitsursache hin ein depressiver Verstimmungszustand entwickelt. Die Dauer desselben kann nach der Auffassung *Spechts* Wochen und Monate betragen; auch kann der Verlauf ein sehr wechselnder, wie ihn *Raecke* [2]) für chronische hysterische Psychosen als charakteristisch bezeichnet, oder aber sehr monoton sein. Was die Symptomatologie der Hysteromelancholie betrifft, hebt *Specht* neben den von anderen Autoren (*Krafft-Ebing*, *Fürstner*) betonten Erscheinungen, wie den theatralischen Äußerungen des im ganzen sehr wechselnden Affektes, der Neigung zum Übertreiben, dem Mangel einer typischen psychischen Hemmung, besonders den starken Selbstmordtrieb hervor. Um kurz in kritischer Weise auf die Frage der Hysteromelancholie einzugehen, so kann nicht bestritten werden, daß rein psychogene depressive Verstimmungszustände, die bald einen sehr labilen, bald aber auch einen recht einförmigen Charakter haben können, bei der Hysterie keine Seltenheiten bedeuten. Wir haben aber hierin nichts anderes zu erblicken, als jene übermäßigen Affektschwankungen der Hysterischen, auf welche wir oben schon hingewiesen haben. Auch

---

[1]) *G. Specht*, Über Hysteromelancholie; Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiat. 1906.

[2]) *Raecke*, Zur Lehre vom hysterischen Irresein; Archiv f. Psychiat. 1905.

das gelegentliche Andauern eines solchen psychogen-depressiven Zustandsbildes durch Wochen, ja Monate hindurch, darf uns in dieser Auffassung nicht schwankend machen. Es möge hier auch an ähnliche, oft sehr lange Zeit bestehende gemütliche Verstimmungen erinnert werden, die bei der Zwangsneurose auftreten können. Dieser Hinweis scheint uns insofern erlaubt, als die Allgemeinbedingungen und die psychologischen Mechanismen der Hysterie einerseits und der Zwangsneurose andererseits sich in vielen Punkten enge berühren. Nur sollte in allen jenen Fällen, wo man geneigt ist, die Diagnose einer psychogenen Verstimmung resp. einer Hysteromelancholie zu stellen, die Beobachtung auf Jahre ausgedehnt werden. Einzig dann würde man das Vorhandensein einer manisch-depressiven Geistesstörung mit aller Sicherheit ausschließen können. Ist es doch genügend bekannt, wie oft sowohl die manischen als auch die depressiven Phasen einer leichten Zyklothymie (*Hecker*) nicht nur vom Laien, sondern auch vom Arzte übersehen und falsch beurteilt werden So mag sich sicher auch manche Hysteromelancholie bei genauerem Zusehen als Kombination einer Hysterie mit einer zirkulären Psychose herausstellen. Dann aber, wenn man unter Hysteromelancholie immer eine psychogene Störung versteht, die sich nur aus einer bestehenden Hysterie heraus entwickeln kann, sind unserer Ansicht nach gegen die Verwendung dieses Namens keine ernstlichen Bedenken zu erheben; es sei denn, man wolle denselben in radikaler Weise, um alle Mißverständnisse in Zukunft unmöglich zu machen, vollständig aus der psychiatrischen Nomenklatur entfernen.

Haben wir die sich uns darbietenden Fälle, die auf den ersten Blick als Kombination einer hysterischen Erkrankung mit einer manisch-depressiven Psychose imponieren mögen, diesen differentialdiagnostischen Erwägungen unterzogen und die Großzahl derselben entweder unter die hysterischen Geistesstörungen oder das zirkuläre Irresein rubriziert, bleiben immer noch eine Anzahl von Fällen übrig, die sich durch die Annahme einer einzigen Psychose nicht erklären lassen. Steht uns in diesen Fällen das Recht zu, von einer wirklichen Kombination zu sprechen? A priori können außer den oben geltend gemachten, auf klinische Beobachtung gestützten kritischen Einschränkungen keine gewichtigen Argumente gegen die Möglichkeit einer Kombination des manisch-depressiven Irreseins mit der Hysterie

ins Feld geführt werden. Beides sind ausgesprochen degenerative Psychosen, entwickeln sich also aus einer abnorm veranlagten Persönlichkeit heraus. Wenn auch das endogene Moment bei der Hysterie unverkennbar ist, und hysterische Erscheinungen in der verschiedensten Abstufung und Intensität sich ungemein häufig konstatieren lassen, so geht *Gaupp* unseres Erachtens doch zu weit, wenn er sagt, „daß es sich für die Mehrzahl dessen, was man als hysterisch bezeichnet, nur um eine abnorme Art der seelischen Reaktion, um eine krankhafte Verarbeitungsweise der Lebensreize, nicht um elementare Symptome eines Krankheitsprozesses handelt". Wir glauben, daß eine solche Betrachtungsweise den Hysteriebegriff zu sehr verflacht. Auch entfernt sich eine voll entwickelte Hysterie, namentlich wenn sie zu typischen, vorübergehenden Geistesstörungen führt, so weit von einem bloßen pathologischen Habitualzustand (*Stransky*), daß ihr in diesen schweren Fällen wohl der Name einer eigentlichen Psychose zugestanden werden muß. Wir sind also der Ansicht, daß wir dann von einer wirklichen Kombination zweier Psychosen sprechen dürfen, wenn wir das Nebeneinanderbestehen der manisch-depressiven Geistesstörung und der Hysterie in klinisch unanfechtbarer Weise nachweisen können. Hinsichtlich des tatsächlichen Vorkommens dieser Kombination sind aber die Meinungen der Autoren zurzeit noch geteilte. *Schüle* und *Ziehen* z. B. heben das Vorkommen des manisch-depressiven Irreseins auf dem Boden der Hysterie hervor; *Pilcz* betont die Häufigkeit der Kombination des periodischen Irreseins — also auch der zirkulären Störungen — mit den großen funktionellen Psychosen, im besonderen mit der Hysterie. In der Literatur sind auch eine Reihe solcher Fälle (*Vorster*, *Dornblüth*, *Link* u. a.) beschrieben worden, die allerdings der Kritik nur in beschränktem Maße standhalten. In der letzten Zeit ist besonders *Saiz*[1]) für die relative Häufigkeit dieser Kombination eingetreten: bei 13,7% der von ihm zusammengestellten Fälle von manisch-depressivem Irresein will er eine hysterische Grundlage nachgewiesen haben. *Kraepelin* gibt die Möglichkeit der in Frage stehenden Kombination im Prinzipe zu; sagt er doch, daß „die verschiedenartigsten, nicht eigentlich

[1]) *Saiz*, Untersuchungen über die Ätiologie der Manie, der periodischen Manie und des zirkulären Irreseins; Berlin 1907.

hysterischen Psychosen auf der Grundlage der Hysterie durch Beimischung einzelner Züge derselben eine eigenartige Färbung annehmen können." *Nissl* dagegen verhält sich in skeptischer Ablehnung; jedenfalls will er unter dem von ihm bearbeiteten Materiale (s. oben) keinen derartigen Fall beobachtet haben. Den Ausführungen *Nissls* stimmt *Raimann*[1]) bei; dieser letztere bezeichnet die Kombination von Hysterie und zirkulärem Irresein als Rarität, bei der eine Alternativentscheidung wenigstens anzustreben sei: Hysterie oder manisch-depressives Irresein.

Mit Rücksicht auf diese wissenschaftliche Streitfrage, also die Kombination einer manisch-depressiven Geistesstörung mit einer hysterischen Psychose, bringen wir im folgenden die ausführliche Krankengeschichte eines von uns während mehrerer Jahre beobachteten Falles.

Fall Frau P. W., jetzt 36jährig.

Anamnese. Zwei Schwestern und ein Bruder der Mutter waren geisteskrank. Die Mutter selbst, eine nervöse, aufgeregte Person, litt seit ihrer Jugend, angeblich infolge eines Schlaganfalls, an einer linksseitigen Fazialislähmung, machte im Winter 1879 bis 1880 in der hiesigen Anstalt einen manischen Erregungszustand durch; sie starb an Magenkrebs. Der Vater hatte Neigung zu alkoholischen Exzessen; war jähzornig, namentlich wenn er getrunken hatte. Seit August 1901 ist er spurlos verschwunden, nachdem er infolge einer Unterschlagung in ökonomische Schwierigkeiten geraten war. Selbstmord ist mehr als wahrscheinlich, besonders auch, weil er sich damals von Hause entfernte, nachdem er eine kleine Barschaft und seine Taschenuhr abgelegt hatte. Eine Nichte des Vaters leidet an Dementia praecox. Von den 7 Geschwistern der Patientin leben noch 4; alle gesund. Eine Schwester starb $^3/_4$ jährig an „Drüsen", ein Bruder mit 8 Jahren an den Folgen von mehrmals auftretenden Gehirnapoplexien. Eine blödsinnige Schwester starb 11jährig an Gichtern.

Patientin wurde 1871 geboren; sie zeigte normale körperliche und geistige Entwicklung, machte im Kindesalter Masern durch, sonst immer gesund. Geistig ziemlich gut beanlagt, wies sie in der Schule wegen ihres flüchtigen Wesens nur mäßige Fortschritte auf. Hinsichtlich ihres Charakters war sie nach der Aussage ihrer Schwester „eine Ausnahme in der ganzen Familie"; schon als Kind von aufgeregtem, streitsüchtigem Wesen, war sie später sehr leicht verletzt, oberflächlich, zänkisch, unaufrichtig bis zur Verlogenheit.

[1]) *Raimann*, Die hysterischen Geistesstörungen; Wien 1904.

In den Pubertätsjahren Chlorose; im Jahre 1894 Verheiratung; sieben Geburten. Während der Schwangerschaften litt sie jeweilen an starkem Erbrechen. Unter den 7 Geburten waren zwei Frühgeburten; ein Kind starb an Diphtherie; von den 4 lebenden Kindern litten 2 an Gichtern. — Das Verhältnis zwischen Mann und Frau war kein ideales. Häufig kam es zu häuslichem Streit, auch will die Patientin mehrmals von ihrem Mann mißhandelt worden sein. Wenn derselbe auch als impulsiver, aufgeregter Mensch bekannt ist, mag doch die Hauptschuld auf seiten der Patientin gelegen haben. Sie wird nämlich allgemein als lügenhafte und klatschsüchtige Person geschildert, die öfters mit Bekannten und Verwandten in Streit geriet. Dem Mann gegenüber hatte sie immer allerlei Geheimnisse, machte hinter dessen Rücken Schulden. Sie war im ganzen von heiterem Temperament. Vor dem Beginn der geistigen Erkrankung, welche die Aufnahme in die Anstalt notwendig machte, wurden bei ihr nie längere Perioden von trauriger oder heiterer Verstimmung beobachtet. Sie litt an häufigen Kopfschmerzen (Scheiteldruck). Eindeutig hysterische Erscheinungen lassen sich in ihrem Vorleben nicht mit Sicherheit nachweisen. Sie will zwar einmal bei Anlaß eines Brandausbruchs in einem benachbarten Dorfe nachts wie vom Schrecken gelähmt und unfähig, ein Wort herauszubringen, mehrere Stunden am offenen Fenster gestanden haben (hysterischer Mutismus?), ein andermal will sie einen Krampfanfall gehabt haben; für beides fehlen aber irgendwelche Augenzeugen.

Über den Beginn der geistigen Erkrankung machte der Ehemann folgende Angaben: Als Patientin im August 1901 die Nachricht von dem Verschwinden ihres Vaters erhielt, beschäftigte sie sich Wochen hindurch innerlich sehr stark damit, war um das Schicksal desselben mehr als gewöhnlich bekümmert. Im folgenden Herbst fing sie einen Gemüsehandel an, bei welchem sie aber so unglücklich spekulierte, daß sie in kürzerer Zeit ein Defizit von mehr als 200 Francs hatte. (Wir führen diese Einzelheit hier an, weil diese Schuldsumme während ihrer Krankheit eine gewisse Rolle spielen wird.) Eine besonders gehobene Stimmung, eine Überschätzung ihrer Lage, Andeutungen von Größenideen will damals der Mann bei der Patientin nicht bemerkt haben. In den letzten Tagen des Dezember 1901, namentlich aber in der ersten Hälfte des Januar 1902 fielen ihrer Umgebung die ersten Zeichen einer geistigen Veränderung auf: Sie zeigte weniger Arbeitslust, wurde gedrückt, weinte öfters und jammerte, sie habe ihre Familie verwahrlost, sie würde gerne wieder helfen und sich des Mannes und der Kinder wieder annehmen, sie sei aber verloren und müsse sterben; um ihre Sünden zu büßen, müsse sie auch ihre ganze Familie umbringen. Daß sie sich ernstlich mit dieser Absicht trug, geht daraus hervor, daß eine Bekannte der Patientin dieselbe einmal in dem Augenblicke überraschte, wo ihr zweitjüngstes Kind mit blauem Gesicht vor ihr auf dem Boden lag; ein anderes Mal versuchte sie ihr ältestes Kind zu würgen

Ufer des Sees zusammengekauert, durchnäßt, starr auf den See hinausblickend. Da sie auf Anrufen keine Antwort gab und nicht zum Gehen gebracht werden konnte, nahm sie der Mann in seine Arme und trug sie nach Hause, wobei sie ihn auf dem Wege zu würgen versuchte. Ins Bett gebracht, soll sie nach der Aussage des Mannes den ganzen Tag durch kein Wort gesprochen und auch das Essen „wie träumend" eingenommen haben. Bemerkenswert ist auch die Art und Weise, wie sie sich das erste Mal (am 14. Januar 1902) vormittags 11 Uhr während eines kalten Ostwindes von Hause entfernte. Sie hinterließ nämlich an Mann und Schwestern einen Abschiedsbrief, in welchem sie den ersteren zunächst davon in Kenntnis setzte, daß sie sich bei ihrem Gemüsehandel (s. oben) eine Schuldsumme von 220 Francs zugezogen habe, und ferner ihre Kinder der Sorge des Mannes empfahl. Einige Stellen dieses Briefes mögen hier wörtlich wiedergegeben werden: „Es gibt einen Gott, der wird mich richten, ich hatte schon lange keine Ruhe mehr und das ist ja entsetzlich, eine solche Qual durchzumachen. Aber lieber Mann, versorge doch die Kleinen, denn diese vermögen sich nichts. Ich bin halt eine Rabenmutter. Denn es gibt einen Gott, und der läßt nicht spötteln, ich bin ein sündhafter Mensch, daß kein solcher mehr gibt. Ich weiß jetzt schon wohin ich komme. Die Hölle steht mir offen, ich sehe schon hinein. O, ihr armen Leute, was ist das! Ich muß scheiden." In der folgenden Nacht fand sie sich gegen drei Uhr morgens wieder vor ihrem Hause ein, wo sie so lange an die Haustüre pochte, bis der Mann ihr öffnete. Über ihr Verbleiben befragt, wußte sie damals nur anzugeben, daß sie ihren Vater vor sich gesehen habe und diesem in den Wald gefolgt sei. Damit kommen wir auf die Sinnestäuschungen, die sich bei ihr während des Beginns der Erkrankung häufig bemerkbar machten. Nach der Aussage des Mannes will sie öfters — und zwar gewöhnlich nachts und in der Regel oben an der Zimmerwand, auf der rechten Seite der Patientin — den Teufel gesehen haben; auch der verschwundene Vater sei ihr oft erschienen (s. oben) und habe sie beim Namen gerufen.

Die Periode wurde nach dem Ausbruch der Erkrankung unregelmäßig, blieb aber nie völlig aus. – Aufnahme in Münsterlingen 10. April 1902.

Anstaltsbeobachtungen. 10. April 1902: Patientin ist eine kleine, etwas schmächtig gebaute Frau: dunkler Typus, blasse Gesichtsfarbe. Der kummervolle Gesichtsausdruck verrät seelische Schmerzen. In zögernder Weise und mit leiser Stimme bemerkt sie, daß sie sich schwer verfehlt habe, und daß sie wohl sterben müsse. Pupillen sind beiderseits gleich, sehr weit. Von seiten der inneren Organe keine Veränderung nachweisbar.

11. April 1902. Ist sehr wortkarg; statt einer entsprechenden Antwort reagiert sie auf Fragen meist nur mit einem bekümmerten Blicke, glaubt, sie sei verloren, habe ihre Angehörigen ins Unglück gebracht.

12. April 1902. Schläft nachts ziemlich gut; geordnete Nahrungsaufnahme; noch immer derselbe Gesichtsausdruck des innern Grams, der Unzufriedenheit mit sich selbst. Ausgesprochene psychomotorische Hemmung: alle Bewegungen erfolgen langsam; spricht sehr wenig, jedes Wort muß mühsam aus ihr herausgeholt werden.

26. April 1902. Immer dieselbe Ängstlichkeit; dieselben Selbstvorwürfe, sie habe den Haushalt und die Familie vernachlässigt, alles verbraucht, dem Manne alles durchgebracht; ihr sei nicht mehr zu helfen, sie sei verloren.

10. Mai 1902. In den letzten Tagen haben depressiver Affekt und Selbstanklagen sich gesteigert; der Schlaf ist etwas unruhig geworden, zum Essen muß sie immer angehalten werden. Gewicht 38 kg.

9. Juni 1902. Patientin wurde bis jetzt immer im Bett gehalten; jedes Mal, wenn der Arzt an ihr Bett tritt, bittet sie ihn mit flehentlicher Miene, er möchte sie doch aufstehen und heimgehen lassen, damit sie ihrem Manne, den sie um alles gebracht habe, wieder helfen könne.

17. Juni 1902. Patientin macht heute kurz vor der Morgenvisite des Arztes einen Suizidversuch. Der Wärterin war schon vorher das aufgeregte Wesen der Patientin aufgefallen; dieselbe benutzte die Zeit, während welcher die Wärterin mit einer anderen Patientin beschäftigt war, versteckte sich unter die Bettdecke und wand sich ein Taschentuch um den Hals. Als die Wärterin hinzukam, war sie schon blaurot im Gesicht.

6. Juli 1902. Bittet den Arzt unter Tränen, ins ärztliche Bureau kommen zu dürfen; sie wisse, daß sie nicht hier bleiben dürfe, sondern ins Zuchthaus müsse. Gewicht 40½ kg.

18. Juli 1902. Machte in der letzten Nacht wieder einen Selbstmordversuch und zwar in gleicher Weise wie vor einem Monat, versteckte sich dabei unter der Bettdecke, um von der Nachtwache nicht gesehen zu werden.

28. Juli 1902. Weint in der letzten Zeit viel, fragt jeden Tag, ob sie nicht aufstehen, draußen arbeiten oder entlassen werden dürfe. Spricht immer sehr leise und ergreift beim Sprechen mit flehentlicher Miene und wie um Entschuldigung bittend immer die Hand des Arztes.

6. August 1902. Hat in der letzten Nacht den Kopf heftig gegen die Fensterumrahmung geschlagen, angeblich „weil sie fort wolle.“ Kontusion.

10. August 1902. Ist nach einem Besuch des Mannes sehr unruhig, weint laut.

11. August 1902. Äußert sich heute dem Arzte gegenüber, sie wolle entlassen werden, um dem Mann das Geld zu holen, das sie im See vergraben habe. Weint viel. Anhaltend starke Hemmung. Das Essen muß ihr immer mühsam von zwei Wärterinnen aufgezwungen werden. Gewicht — 43 kg.

Tode schlagen."

28. September 1902. Fragt heute morgen den Arzt, ob sie nicht in den See hinunter dürfe. Gewicht 43 kg.

10. November 1902. Fortwährend ängstlich, weinerlich, äußert häufig Lebensüberdruß; starke psychische Hemmung. Hat gestern den ganzen Tag und heute morgen die Nahrung verweigert.

8. Dezember 1902. Ist den Vormittag durch in starker ängstlicher Erregung, versucht den Kopf gegen die Wand zu schlagen. Dauerbad. Gewicht 43 kg.

23. Dezember 1902. Die Wärterin findet in ihrem Bett ein Tuch, das sie unter dem Kissen versteckt hatte (Suizidversuch!).

12. Januar 1903. Bei der Morgenvisite fragt sie plötzlich den Arzt, ob sie nicht arbeiten dürfe, fängt auch wirklich zu arbeiten an. Der Gesichtsausdruck ist ein ganz anderer geworden; sie sieht froh und zufrieden aus. Die Hemmung ist verschwunden; sie lächelt und erzählt, sie sehe jetzt ein, daß sie krank gewesen sei. Ihrem Vater habe sie ohne Wissen des Mannes 500 Francs geliehen, bald darauf sei die Nachricht vom Verschwinden ihres Vaters gekommen, wodurch sie in starke Unruhe gekommen sei. Sie habe der Sache viel „nachsinnen" müssen, habe Gestalten, Gespenster gesehen, Stimmen gehört; namentlich habe sie aber den Vater gesehen und rufen gehört, darum sei sie mehrmals in den See hinein gegangen. Das alles sei Krankheit gewesen, jetzt wolle sie aber arbeiten, aufstehen und bald heimgehen.

14. Januar 1903. Gestern hat sie mit lächelnder, zufriedener Miene noch gearbeitet. Heute ist sie wieder stark verstimmt, gehemmt, zeigt einen bekümmerten, leidenden Gesichtsausdruck, bringt ihre gewohnten Selbstanklagen wieder vor. Gewicht 44 kg.

18. Januar 1903. Nachdem sich Patientin schon gestern abend der Wärterin gegenüber mehrmals geäußert hatte, sie würde ihr gern etwas anvertrauen, dürfe es aber nicht, erzählt sie derselben heute morgen in stockender Weise, daß sie im letzten Januar ihren Vater im Walde umgebracht habe; sie bittet die Wärterin auch, den Ärzten davon Mitteilung zu machen. Am Abend macht sie auch wirklich dem Herrn Direktor eine eingehende Schilderung des Verbrechens, das sie sich zuschreibt. Sie berichtet, wie der Vater anfangs Januar (das genaue Datum will sie nicht angeben können) plötzlich im Hause vor ihr gestanden sei, wie sie dann eine Axt zu sich gesteckt und den Vater, der ihr immer zuwinkte, in den Wald hinaus begleitet habe. Dort habe sie ihn mit der Axt erschlagen und unter einem Baume verscharrt. Sie sei auch entschlossen gewesen, sich

selbst umzubringen, durch einen hinzukommenden Mann sei sie aber verhindert worden, ihr Vorhaben auszuführen. Nachdem sie die Axt im Wald verborgen habe, sei sie spät in der Nacht wieder nach Hause gegangen (s. Anamnese). Allen Einwendungen der Ärzte, die diese ihre Darstellung als Zeichen ihrer Krankheit hinzustellen versuchen, begegnet sie mit einem hartnäckigen „Ich glaube es doch!" Sie habe heute zum erstenmal davon gesprochen, weil sie die Begebenheit eine Zeitlang vergessen habe. Sie machte darauf noch das Zugeständnis, sie höre gegenwärtig zwei Stimmen, die des Vaters, der ihr zurufe, er sei wirklich von ihr ermordet worden, und die des Mannes, der ihr sage, es sei nicht wahr.

19. Januar 1903. Hält heute an ihrer gestrigen Erzählung fest, ist aber von der Wirklichkeit der Begebenheit nicht mehr so überzeugt wie gestern. Mit Rücksicht auf ihre gestrige detaillierte Schilderung werden beim Mann Nachforschungen gemacht, ob irgendwelche Anhaltspunkte für die Möglichkeit des Verbrechens vorliegen.

20. Januar 1903. Berichtet von zahlreichen Sinnestäuschungen; einzelne ihrer Stimmen beschuldigen sie, den Vater ermordet zu haben, andere Stimmen trösten sie, sagen ihr, sie habe nichts angestellt, sie solle nur heimgehen.

23. Januar 1903. Starke Hemmung; schuldigt sich an, ihre Kinder mißhandelt zu haben, sie dürfe gar nicht sagen, was sie alles getan habe.

16. Februar 1903. Hält immer noch fest an der Behauptung, ihren Vater umgebracht zu haben; macht heute dem Arzte von diesem angeblichen Verbrechen wieder eine Schilderung, die mit derjenigen vom 18. Januar 1903 übereinstimmt. Aus einem an die Anstaltsdirektion gerichteten Antwortschreiben des Mannes geht aber hervor, daß die Patientin sich am 14. Januar 1902, auf welchen Tag das vermeintliche Verbrechen zu verlegen wäre, allein von Hause entfernte. Niemand hatte den Vater, der in der Umgebung gut bekannt war, bei der Patientin gesehen. Die Axt, welche sie im Walde verborgen haben wollte, fand sich zu Hause vor. Ferner ergaben die Nachforschungen des Mannes keinerlei Anhaltspunkte dafür, daß die Patientin ihrem Vater im Sommer 1901 eine größere Geldsumme vorgestreckt hätte.

20. April 1903. Befinden in der letzten Zeit ohne bemerkenswerte Schwankungen. Häufiges monotones Jammern, zahlreiche Selbstanklagen im Sinne des Verschuldens ihrer Familie gegenüber. Ab und zu taucht wieder die Vorstellung auf, ihren Vater umgebracht zu haben. Anhaltend Gehörstäuschungen, meistens anklagende Stimmen. Nahrungsaufnahme immer etwas mangelhaft. Gewicht 44 kg.

6. Juli 1903. In den letzten Tagen beklagt sich Patientin morgens gelegentlich über Schwindelgefühle. Bietet fortwährend das Bild einer starken Depression.

17. Juli 1903. Während Patientin am Morgen noch in gewohnter Weise jammerte, den Arzt bat, er möge sie aufstehen und heimgehen lassen, tritt mittags plötzlich ein Stimmungswechsel ein: sie ist heitern Muts,



lacht über ihre früheren „Torheiten". Verlangt nach Arbeit. Gegen Abend treten Menses auf.

18. Juli 1903. Patientin hat nachts gut geschlafen, fühlt sich heute morgen wieder frisch, ist heiter gestimmt.

22. Juli 1903. Nachdem Patientin sich bis gestern verhältnismäßig wohl gefühlt hatte, auch ziemlich heiterer Stimmung gewesen war, bringt sie heute wieder die alten Klagen vor: sie habe sich versündigt. Stimmen sagten ihr, sie habe Mann und Kinder umgebracht. Gewicht 42 kg.

24. Juli 1903. Hatte gestern Besuch von ihren Angehörigen; ist heute wieder zuversichtlicher Stimmung, zeigt Krankheitseinsicht.

1. August 1903. Nachdem schon am 26. Juli die Stimmung wieder stark depressive Färbung angenommen hatte, ist Patientin heute wieder vergnügt, verlangt aufzustehen und zu arbeiten.

2. August 1903. Heute wieder depressives Bild.

8. August 1903. Patientin beklagt sich die letzten Tage immer wieder über die Stimmen, die ihr zurufen, sie habe Mann und Kinder ermordet.

26. Oktober 1903. Die melancholische Verstimmung hielt bis zu dem gestrigen Besuch ihres Mannes an; seither ist sie wieder heiter gestimmt. Äußert sich heute mit weitgehender Krankheitseinsicht über ihren Zustand; gibt an, bei dem vorigen Besuch den Mann nicht erkannt zu haben; die Stimmen hätten ihr auch gerufen, sie solle getötet werden; sie habe deshalb gemeint, der Mann sei vom Gericht abgesandt worden, das Urteil an ihr auszuführen.

29. Oktober 1903. Die Stimmung ist heute wieder ins Depressive umgeschlagen. Patientin hat wieder das Gefühl starken psychischen Druckes, jammert in monotoner Weise: „Wenn ich nur sterben könnte, wenn ich nur sterben könnte." Gewicht 45½ kg.

13. Dezember 1903. Ist seit dem gestrigen Besuch ihres Mannes wieder leicht manisch gestimmt, ist vergnügt, lacht.

16. Dezember 1903. Ist wieder deprimiert.

20. Dezember 1903. Zeigt nach Besuch von Mann und Kind wieder gehobene Stimmung. Gewicht 45½ kg.

23. Dezember 1903. Erwacht heute morgen wieder in ausgesprochen depressiver Verstimmung, jammert unter Tränen, sie könne nie mehr froh werden, werde wohl nie mehr nach Hause gehen können.

31. Dezember 1903. Zeigt heute wieder leicht manisch gefärbten Stimmungsumschlag, nimmt an der Anstaltssylvesterfeier teil, tanzt.

7. Februar 1904. Patientin war seit Neujahr ziemlich gleichmäßig depressiver Stimmung, zeigte psychische Hemmung und brachte ihre gewohnten Klagen und Selbstanschuldigungen wieder vor. Heute sitzt sie bei der Morgenvisite des Arztes lächelnd im Bett, wünscht zu arbeiten. Äußert sich in einsichtiger Weise über ihre Krankheitserscheinungen, namentlich auch über den Beginn der Erkrankung. Erzählt, wie das

Verschwinden ihres Vaters im Sommer 1901 sie innerlich lebhaft beschäftigt, und wie sie dann, um die quälenden Gedanken los zu werden, trotz des Abratens ihres Mannes einen Gemüsekleinhandel angefangen habe. Zu Weihnachten 1901 sei es ihr dann „schwer" geworden, auch seien damals zum erstenmal Stimmen aufgetreten, die sie beschuldigten, den Vater umgebracht zu haben. Nach wenigen Tagen habe sie den Vater auch öfters vor sich gesehen.

20. März 1904. Stimmung vorwiegend depressiv; vorübergehend treten in unregelmäßigen Intervallen ein bis mehrere Tage dauernde Perioden leicht manischen Charakters auf; wenn sie dann jeweilen auch ein aufgeräumtes, ja lachendes Gesicht zeigt, Krankheitseinsicht hat und sich mit ihrer Zukunft beschäftigt, so ist doch auch in diesen Zeiten, namentlich hinsichtlich ihrer sprachlichen Äußerungen, ein leichter Grad psychischer Hemmung nicht zu verkennen. Gewicht 44 kg.

29. April 1904. Patientin lag vorgestern und gestern den ganzen Tag durch in festem Schlaf, aus welchem sie nur am 27. ds. abends einige Minuten wach wurde, während welcher Zeit sie etwas Nahrung zu sich nahm. Der Schlaf war so tief, daß Patientin weder auf Anrufen, Schütteln, noch auf Kneifen oder Nadelstiche reagierte. Die in die Höhe gehobenen Extremitäten fielen, wenn losgelassen, schlaff, wie gelähmt auf das Bett herab. Hob man die Augenlider, die keinen besondern Tonus verrieten, in die Höhe, drehten sich die Bulbi von oben nach unten; Pupillen weit. Heute morgen erwacht sie plötzlich aus dem Schlafe, ist heiterer Stimmung und hat sich, wie sie sagt, während des Anstaltsaufenthaltes noch nie so gesund gefühlt. Sie ist sehr erstaunt, wie ihr mitgeteilt wird, sie habe zwei Tage hindurch geschlafen; sie gibt an, es sei ihr gewesen, als ob sie zu Hause gewesen wäre und fleißig gearbeitet hätte; auch habe sie ihre Kinder um sich gehabt und sich mit ihrem Mann und den Nachbarn unterhalten. Gewicht 43 kg.

2. Mai 1904. Die bis gestern bestandene gehobene Stimmung ist heute wieder verschwunden. Patientin ist verstimmt, gereizt, verweigert ihrem Mann den Besuch, äußert sich abends dem Arzt gegenüber, sie habe jetzt genug von ihrem Mann.

17. Mai 1904. Patientin ist heute nachmittag schlafend; während des Schlafes fängt sie an zu stöhnen, ruft: „Der Vater kommt von der Decke herab", später ruft sie mit ängstlicher Stimme: „Meine Kinder, meine Kinder, es ist nicht wahr, meine Kinder! Reißen Sie mir doch das heraus!" (zeigt dabei auf die Brust). Nach dem Erwachen erzählt sie, sie habe einen schweren Traum gehabt, habe den Vater neben sich gesehen. Gewicht 40 kg.

20. Juni 1904. Seit einigen Tagen wieder heiter gestimmt; beschäftigt sich im Bett eifrig mit Handarbeiten, spricht aber auch in diesen submanisch gefärbten Perioden relativ wenig. Gewicht 42 ½ kg.

23. Juni 1904. Schläft heute wieder den ganzen Tag; mittags wird der Schlaf sehr unruhig; sie jammert und wirft sich stöhnend im Bett herum. Abends erwacht sie und behauptet, sie sei im See gewesen und beinahe ertrunken; längere Zeit habe der Vater über dem Wasser geschwebt. Später habe sie den Mann, ihre Kinder und ihre Schwestern vor sich gesehen. Wie sie in den See hineingekommen sei, wisse sie nicht anzugeben, wie sie es sich auch nicht erklären könne, auf welche Art und Weise sie wieder in ihr Bett zurückgebracht worden sei.

24. Juni 1904. Seit dem gestrigen Schlafzustand ist sie wieder niedergeschlagen, mutlos, jammert, sie werde wohl nicht mehr gesund; zeigt keine Arbeitslust.

14. Juli 1904. In der letzten Zeit sind keine Schlafanfälle mehr aufgetreten. Gemütszustand schwankend, meistens depressiv.

1. August 1904. Gegenwärtig wieder verstimmt; bei den Versicherungen des Arztes, daß sie wieder gesund werde, schüttelt sie ungläubig den Kopf. Gewicht 43½ kg.

3. August 1904. Bei der Morgenvisite liegt Patientin leicht stöhnend und sich herumwälzend im Bett; hat die Augen halb geöffnet; beklagt sich darüber, daß alles vor den Augen schwarz sei. Sieht darauf rote Sterne, hierauf einen Regenbogen. Ruft: „Julius, ich habe Durst.“ Es wird ihr ein Glas Wasser geboten, wobei sie sich langsam aufrichtet und trinkt; sinkt wieder in die Kissen zurück und singt mit halblauter Stimme: „Weißt du, wieviel Sterne am Himmel stehen.“ Darauf sagt sie: „Der Julius (ihr Mann) hat gesagt, er wolle den Doktor holen.“ Glaubt, sie sei in A. zu Hause.

Abends: Nachdem Patientin tagüber wach gewesen war, liegt sie abends bei der Visite wieder im Dämmerzustande wie morgens. Gibt auf Fragen mit leiser Stimme langsam Angaben über ihr Vorleben. Am 9. August 1898 sei ihre Mutter gestorben, im August 1901 der Vater verschwunden. Gibt die Geburtsdaten ihrer Kinder genau an. Bemerkt darauf wieder, sie sei daheim. Wir seien im Frühling im Jahre 1902. Sie müsse nachmittags nach Münsterlingen. Die Schwägerin habe ihr Schokolade gegeben. Dr. S. von A. sei gestern hier gewesen, und dem habe sie allerlei erzählt. 1893 erste Begegnung mit ihrem Manne. Während der Schwangerschaften habe sie viel arbeiten müssen (Hausarbeit als Fädlerin). 1897 im Winter sei der Mann schwer krank gewesen, wobei sie sich stark aufgeregt und angestrengt habe. Die Mutter ihres Mannes sei im März 1897 gestorben. Gegen sie (Patientin) sei sie immer sehr barsch gewesen; sie habe sie nie mit ihrem Namen, sondern nur „Frau“ gerufen. Bei dem Tode der Schwiegermutter sei sie mit dem dritten Kinde schwanger gewesen. Da habe der Schwiegervater plötzlich gerufen: „Die Mutter ist tot.“ Hierüber sei sie heftig erschrocken. In der folgenden Nacht habe es in einem benachbarten Orte gebrannt, wobei sie, wie von Schrecken gelähmt, nachts von 11—12 Uhr am Fenster gestanden sei. Schlägt

plötzlich die Augen auf und fragt verwundert: „Wo bin ich?“ Verfällt darauf wieder in Schlafzustand und macht in abgebrochener Weise weitere Angaben: Der Mann habe sie sehr oft grob behandelt. Einmal habe er sie an die Ofenecke angeschlagen, ein andermal eine Tasse Kaffee ihr ins Gesicht geworfen. Erzählt, daß sie vor einigen Tagen von Münsterlingen zurückgekehrt sei, daß sie aber lieber wieder in die Anstalt möchte. Dort werde man wenigstens nicht mißhandelt. Der Mann habe ihr heute morgen sehr schlecht gestimmt zugerufen, sie müsse aufstehen. Trotzdem habe sie ihren Julius gern, wenn er auch immer sage, daß die Kinder nicht ihm gleichen, und er sie als „Doktorhur“ beschimpfe. Sie habe heute das Totenglöcklein gehört. Dr. S. habe ihr auch gesagt, sie werde nur bis zum 6. September mehr leben. (Dieses ihr Geburtstag.)

4. August 1904. Verfällt nachmittags in Schlafzustand, in dem sie sich unruhig im Bett herumwälzt. Über den Beginn ihrer Krankheit erzählt sie folgendes: Man habe ihr immer gerufen, sie solle ihre Kinder töten; oft sei ihr ein schwarzer Mann erschienen, der ihr gesagt habe, sie müsse das liebste Kind erwürgen. Darauf habe sie um Hilfe rufen müssen. Wie eine im Hause wohnende Frau hinzugekommen sei, habe sie das Kind festgehalten und hätte es wohl umgebracht, wenn sie nicht daran verhindert worden wäre. Der schwarze Mann sei ihr auch nachts im Bette oft erschienen, immer auf der rechten Seite. Ein ander Mal sei er durch den Kamin heruntergekommen. Auch ihren Vater habe sie oft rufen hören und einige Male gesehen, wie er, die Hände ausgestreckt, sie angesehen habe und darauf gegen den See gelaufen sei. Darauf sei sie ihm gefolgt, einige Male sogar in den See hinein.

5. August 1904. Schläft um 8 Uhr morgens noch. Es gelingt, sich mit ihr in Rapport zu setzen; bemerkt in sehr langsamer Weise, mit tonloser Stimme, sie könne heute nicht reden. Redet in Flüstersprache: Sie sei jetzt in A. in ihrer Kammer im Bett; es sei Winter. Hält den Arzt für Dr. S. Am 6. September müsse es sich entscheiden; die Leute sagen, der Julius wolle sie töten.

6. August 1904. Ist bei der Morgenvisite unruhig, im Schlafzustande und bemerkt: Sie sei auf einem hohen Hause am See in A. Macht bei tiefen Nadelstichen nur sehr geringe Abwehrbewegungen. Erwacht erst um ½12 Uhr. Ist depressiver, verzweifelter Stimmung. Bemerkt, es werde mit ihr nicht mehr gut; klagt über sehr starken Kopfdruck. Die Stimmung hält den ganzen Tag über an. Liegt abends mit geschlossenen Augen stöhnend im Bett. Klagt, daß sie der Schwarze auf der rechten Seite immer quäle. Jammert und weint.

7. August 1904. Mittags liegt sie, die Augen weit geöffnet, den Blick starr auf die Decke des Zimmers gewandt, im Bett. Erkennt den Arzt. Ist vollständig orientiert. Empfindet Nadelstiche ohne stärkere Schmerzäußerungen. Auf die Frage, was sie sehe, bemerkt sie: Sie sehe den Schwarzen; er habe ein zottiges Fell, rote glänzende Augen, fletsche mit den

Zähnen und fasse oft mit seinen Krallen nach ihr. Sieht die Erscheinung immer auf der rechten Seite. Auch zu Hause sei ihr diese Figur immer rechts erschienen. Patientin gibt ausdrücklich an, daß der Schwarze die Gesichtszüge eines Mannes habe, der sie zu Hause öfters verfolgt habe. (Der Mann bestätigt, daß Patientin zu Hause mit dem betreffenden Nachbarn, einem zänkischen Menschen, oft in Streit geraten sei.)

8. August 1904. Bei der Morgenvisite wieder im Schlafzustande, mit geschlossenen Augen. Sieht den Schwarzen, der ihr auf Kopf und Brust drückt. Verlangt mit leiser Stimme zu trinken. Betet. Wird darauf im Laufe des Vormittags wach und erzählt in vollem Bewußtsein von ihren „Traumerscheinungen". Sie will nachts einen sehr lebhaften Traum von einem Eisenbahnunglück gehabt haben, dazu beständig die schwarze Erscheinung vor sich.

9. August 1904. Den ganzen Tag gut gestimmt. Keine auffälligen Erscheinungen.

10. August 1904. Schläft den ganzen Tag. Am Morgen zu keiner deutlichen Antwort zu bewegen. Hat morgens früh der Wärterin gerufen, sie solle den Schwarzen fortjagen. Hat ihren Kaffee im Bett getrunken, ohne die Augen zu öffnen, darauf eine Zeitlang starr gegen die Zimmerdecke geblickt. Im Laufe des Nachmittags antwortet sie dem Arzt, immerfort schlafend, sie sei in der Kirche zu Münsterlingen; singt darauf einen Psalm mit leiser Stimme (Großer Gott, wir loben dich). Es seien noch viele Leute da, Wärterinnen und Patientinnen, auch Polizisten, die sie abfassen wollen. Sieht das Bild des Heilands vor sich; öffnet hierauf auf suggestiven Befehl in mühsamer Weise die Augen. Die Pupillen sind maximal erweitert, von langsamer Reaktion. Die herbeikommende Oberwärterin verkennt sie als ihre Schwester Anna; erkennt aber den Arzt. Steht auf Geheiß vom Bett auf, läuft in schwankender Weise zum Fenster. Gibt auf Befehl einer Nebenpatientin die Hand und sucht in einem dargebotenen Buche zu lesen, wobei sie es nur zu einem langsamen Buchstabieren bringt. Ins Bett zurückgebracht fängt sie an zu lachen; erzählt von kleinen Männern mit blauen „Glaskappen", die sie aus dem Boden hervorkommen sehen will.

11. August 1904. Heute morgen wieder schlafend. Wirft sich im Bett herum. Orientiert. Kleine Schrift vermag sie nicht zu lesen; große Lettern liest sie nur buchstabierend. Wie ihr ein Schlüssel vorgehalten wird, kann sie ihn nicht bezeichnen; bemerkt, er sei zum Auftun, ein Schloß. Ebenso vermag sie ein größeres Geldstück nicht zu benennen, sagt, dies sei eine Kugel, man könne damit kaufen. Macht sichtliche Anstrengung den richtigen Namen zu finden. Kommt allen Aufforderungen (Händegeben, Zunge- herausstrecken usw.) sofort nach. Farben werden folgendermaßen bezeichnet:

Schwarz als schwarz.

Rot ebenfalls als schwarz.

Blau als grau.
Dunkelgrün und dunkelblau als schwarz.
Violett ebenfalls als schwarz.
Hellgrün und Hellblau als grau.
Weiß als grau.
Geruchsprüfung:
Pfefferminzöl und Asa foetida werden nicht empfunden.
Salmiak nur ganz schwach, ohne nähere Bezeichnung.
Geschmacksprüfung:
Essigsäure für schwach salzig.
Chinin, Salzlösung und Zucker werden nicht empfunden.
Gehörschärfe:
Beiderseits unauffällige Verhältnisse.

Die Gesichtszüge sind sehr schlaff; Sprache sehr gehemmt, müde. Bemerkt, sie höre trommeln und dazwischen rufen. Der Vater sei auch wieder da. Zeigt mit der rechten Hand nach der Decke: „Dort ist er. Er ist ganz mager, hat eingefallene Augen und sieht fürchterlich drein. Er ruft immer noch, ich solle kommen.“ Sie zeigt vorübergehend sehr ängstlichen, weinerlichen Gesichtsausdruck, hält das rechte Ohr zu, damit sie nicht immer das Rufen anhören müsse. Auf Befragen gibt sie an, daß sie den Vater zum ersten Male am 14. Januar 1902 in dieser Gestalt gesehen und rufen gehört habe.

12. und 13. August 1904. Gut gestimmt.

14. August 1904. Schläft bis in den Vormittag hinein. Erzählt beim Erwachen wieder von ihren Gesichtstäuschungen (vom Schwarzen und vom Vater).

15. August 1904. Erwacht vormittags ½12 Uhr mit starkem Druckgefühl in der Brustgegend und mit Kopfschmerzen. Klagt über Flimmern vor den Augen; es sei ihr, wie wenn schwarze Kügelchen vor den Augen herumtanzen würden. Keine ausgesprochene Erscheinungen von Migräne. Keine Flimmerskotome. Gibt an, daß erst diesen Sommer die heftigen Kopfschmerzen, an denen sie jetzt vorübergehend leidet, aufgetreten seien, und zwar von der Zeit an, wo sie immer schlafen müsse.

16. August 1904. Ist beim Frühstück nicht zu wecken. Schläft wieder bei der Morgenvisite. Im wachen Zustande macht sie folgende Angaben: Im Frühling 1901 habe ihr Mann, wie das älteste Kind einmal geschrien habe, dasselbe heftig bei den Ohren genommen; als sie abgewehrt habe, sei ihr Mann im Zorne auch hinter sie geraten und habe sie so an den Ohren gerissen, daß es beiderseitig blutete, und durch mehrere Wochen hindurch habe sie immer Schmerzen hinter den Ohren gehabt. Auch jetzt spüre sie dieselben noch oft in sehr quälender Weise. Ein andermal habe ihr Mann mit dem Schuh gegen ihre rechte Hüfte gestoßen, wobei sie eine Blutunterlaufung bekommen habe. An dieser Stelle habe sie auch jetzt oft Schmerzen. Im Anfang der Ehe habe er sie auch

mit der Faust so stark an ihre Brust geschlagen, daß sie mehrere Tage hindurch Schmerzen gehabt habe. Später seien diese Schmerzen oft wiedergekehrt und besonders im Anfang der Erkrankung sehr stark gewesen. Mehrere Male habe sie ihr Mann bei häuslichen Streitigkeiten nachts aus der Schlafkammer ausgeschlossen, so daß sie die Nacht in der Küche habe verbringen müssen. Dies sei auch einmal im Winter geschehen, wobei sie sehr stark gefroren habe. Im Januar 1902, nachdem sie im Walde ihren Vater erschlagen zu haben vermeinte, habe sie heftige Kopfschmerzen bekommen; sie sei dabei zuweilen sehr schläfrig gewesen und habe Mühe gehabt, die Augen offenzuhalten. Sie bemerkt darauf, daß sie gestern abend lange über ihr Vorleben nachstudiert habe, und daß ihr dann plötzlich eingefallen sei, wann und unter welchen Verhältnissen sie in die Anstalt gebracht worden sei. Im Anfang des Aufenthaltes in der Anstalt seien ihr die Erlebnisse vom Winter 1902 entschwunden gewesen; erst letzten Frühling sei die Erinnerung daran wieder klarer und bestimmter geworden. Will während der Erkrankung von ihrem Manne oft mißhandelt und gedemütigt worden sein.

18. August 1904. Gestrigen Tag durch guter Stimmung. Abends 11 Uhr eingeschlafen. Erwacht heute morgen um 8 Uhr mit etwas benommenem Kopf. Macht in wachem Zustande Angaben über ihre Eltern. Die Mutter war nach dem sechsten Wochenbette längere Zeit in der Irrenanstalt. Soll während der Periode sehr gereizt, heftig gewesen sein. Der Vater soll geistig auch nicht normal gewesen sein. Eine Verwandte des Vaters, Patientin Bertha L., gegenwärtig in der Anstalt. Ein Vetter des Vaters hat sich das Leben genommen. Im August 1901 ist der Vater, in finanzieller Bedrängnis wegen früher unterschlagener Gelder, plötzlich verschwunden. Diesem habe sie viel „nachstudiert“; es sei ihr schwer geworden, und sie habe die Arbeitsfreude verloren. Wurde schlaflos. Am 14. Januar 1902 will sie die ersten Stimmen gehört haben. Hörte den Vater im Keller rufen, nachts auch im Bett. Will auch eine Stimme gehört haben des Inhalts: Sie solle sich in acht nehmen, sie sei nicht mehr lange am Leben. Am 15. Januar vormittags will sie den Vater in der gleichen Gestalt, wie sie ihn noch jetzt in ihren Sinnestäuschungen sieht, vor sich erblickt haben. Er habe zu ihr gesprochen und sie an ihrem Kleide gezogen. Der Erscheinung habe sie unwillkürlich folgen müssen; sie sei mit ihr in den Wald gegangen. Über die weiteren Erlebnisse an jenem Tage weiß sie nichts Näheres mehr anzugeben.

19. August 1904. Erwacht erst im Laufe des Vormittags; gut gelaunt. Klagt über Flimmern vor den Augen. Um 4 Uhr nachmittags klagt sie plötzlich über starkes „Heimweh“. Ist bei der Abendvisite in Tränen aufgelöst und jammert, wenn sie nur zu ihren Kindern heim könnte.

20. August 1904. Die gleiche depressive Stimmung zeigt sich heute vormittag. Äußert starkes Heimweh; verlangt zu ihrer Familie zurück.

Mittags: Wälzt sich stöhnend im Bett herum. Der Schwarze sei wieder da und drücke sie heftig auf die Brust. Sieht mit gespanntem, ängstlichem Blick nach der rechten Seite. Beklemmte, beschleunigte Atmung. Klammert sich krampfhaft an die Bettlehne; klagt über starke Kälte am ganzen Körper, besonders an Händen und Füßen (bei heißem Wetter!!). Hautempfindlichkeit heute nicht besonders verändert; empfindet und lokalisiert Nadelstiche deutlich. Erkennt vorgehaltene Farben. Sitzt dann plötzlich im Bett auf mit freudigem Gesicht; bemerkt, es sei ihr jetzt besser. Klagt aber noch über Kopfschmerzen, Stechen in der rechten Hüfte und leichten Nebel vor den Augen.

5 Uhr nachmittags: Liegt wieder im Schlafzustande; klagt über Kopfdruck und Unmöglichkeit die Augen zu öffnen. Auf suggestiven Zuspruch, aufzublicken, macht sie vergebliche Anstrengungen. Kommt anderen Aufforderungen (Hände-geben usw.) nach, aber in langsamer, gehemmter Weise. Vollständig orientiert. Sieht vorübergehend wieder den Schwarzen; klagt darauf über heftiges Rauschen in den Ohren. Beschreibt dieses Rauschen wie das Geräusch der Wellen; es sei wie damals, wo sie den Vater im See habe retten wollen; der See sei damals stürmisch gewesen. Den Vater habe sie deutlich über die Wellen weggehen sehen. Sie habe ihm folgen wollen, worauf er plötzlich in den Wellen verschwunden sei. Den heftigen Kopfdruck und die Unfähigkeit, die Augen zu öffnen, will sie erst von jenem Tage an gespürt haben, an dem sie dem Vater in den Wald hinein gefolgt sei. Es sei ihr gewesen, wie wenn sie einen heftigen Schlag auf den Scheitel bekommen hätte. Während der ganzen Erkrankung habe sie vorübergehend diesen Kopfdruck und die Schwere der Augenlider gespürt; besonders aber seit letztem Frühling. Ferner versichert sie, daß ihr während des Anstaltsaufenthaltes der Schwarze erst vom letzten Frühling ab erschienen sei; der Vater hingegen sei ihr immer erschienen, solange sie in der Anstalt sei, häufiger aber auch seit letztem Frühling. Im ganzen habe die Erscheinung des Vaters die Oberhand gehabt. Frostanfälle will sie in der Anstalt nur zweimal gehabt haben, letztes Jahr den ersten und heute den zweiten. Die Schmerzen in der rechten Hüfte seien aufgetreten, nachdem sie im November 1901 von ihrem Manne mit dem Fuß in dieser Körpergegend getreten worden sei. Auch diese, anfallsweise auftretenden Schmerzen seien letzten Frühling stärker geworden. Patientin schläft darauf weiter. Ist zur Einnahme des Abendessens nicht zu wecken.

21. August 1904. Ist bei der Morgenvisite wach. Berichtet, daß ihr nachts eine Zeitlang der Schwarze erschienen sei. Ist heute munter; ohne besondere Beschwerden.

22. August 1904. Ist bei der Morgenvisite wieder in deliriösem Schlafzustande. Bemerkt, sie befinde sich auf der Straße nach R.; es brenne auf dem R......berg und sie müsse allein einen schweren Wagen gegen die Brandstätte hin ziehen, sie sei sehr müde, könne nicht mehr laufen,

es sei ihr sehr heiß (Patientin sieht kongestioniert aus) bemerkt mit ängstlicher Stimme, alle Häuser brennen auf dem Berg, und sie höre deutlich die Glocken von R. Erwacht um 10 Uhr vormittags heiter gestimmt. Berichtet in wachem Zustande, daß sie nachts einen Frostanfall gehabt habe, worauf sie lange Zeit von einem Brand auf dem R......berg „geträumt" habe. Macht über diese halluzinatorischen Traumerlebnisse die gleichen Angaben wie morgens während ihres Schlafzustandes. Führt selbst ihr Traumerlebnis auf einen wirklichen Brand um 1897 zurück der auf sie einen starken Eindruck gemacht haben soll. Sie will bei dem betreffenden Brande 6 (?) Stunden lang, wie vom Schrecken gelähmt, am offenen Fenster gestanden haben. Es sei im Monat März gewesen, kaltes Wetter, und sie habe in jener Nacht stark gefroren. (Der Mann der Patientin bestätigt das Zusammentreffen dieses Brandes im März 1897 mit dem Tode seiner Mutter; da er in jener Nacht, weil bei den Löscharbeiten beschäftigt, nicht zu Hause war, kann er die Angaben der Patientin, die sie ihm auch früher schon gemacht haben soll, nicht bestätigen.)

Die Verdunklung vor den Augen habe sie zum ersten Male gehabt am Tage, nachdem sie zum drittenmal dem Vater in den See hinausgefolgt sei. Sie habe damals vormittags im Bett gelegen, habe die Anwesenden reden hören; beim Öffnen der Augen sei ihr ganz schwarz gewesen, unmöglich, jemand zu erkennen. Gegen Abend sei es ihr plötzlich hell geworden vor den Augen. (Siehe Anamnese, psychisches Verhalten am Gründonnerstag 1902, 27. März; wahrscheinlicher Dämmerzustand.) Das Rauschen in den Ohren, das sie jetzt noch vorübergehend hat, beschreibt sie als Geräusch der anschlagenden Wellen.

23. und 24. August 1904. Guter Stimmung; steht auf und beschäftigt sich.

25. August 1904. Am Morgen neuerdings im Schlafzustande. Bittet den Arzt flehentlich, er möge doch den Schwarzen von der Seite wegnehmen. Unter suggestivem Zuspruch verschwindet die Erscheinung. Auf Befehl öffnet sie auch, allerdings langsam, die Augen; sie fixieren nicht, Pupillen erweitert; blickt ängstlich nach der linken Seite. Sie jammert, es sei ihr ganz dunkel vor den Augen. Es gelingt, ihr ruhigen Schlaf zu suggerieren. Erwacht auf suggestiven Befehl nach einer Stunde, verfällt aber wieder in den Schlafzustand; es tritt wieder Gesichtsfeldverdunklung ein; erkennt zuerst angezündete Streichhölzer nur als schwachen Schein, nachher als blasse Flamme. Den Arzt sieht sie in undeutlichen schwarzen Umrissen. Die in der Mitte des Saales stehenden Blumen erblickt sie als schwarze Schatten. Hört Glockengeläute wie dasjenige von R. Die Glockentöne seien dumpf, in der Ferne klingend. Eine Zeitlang will sie auch ein Rauschen und Brausen in den Ohren wahrnehmen. Sie wird darauf nach und nach wach und erkennt die Gegenstände der Umgebung deutlich. Klagt über krampfartige Empfindungen in beiden Vorderarmen, Kältegefühl, welche Erscheinungen suggestiv zum Ver-

schwinden gebracht werden. Vorübergehend will sie dann wieder ein Rauschen und Pfeifen (Sirenenpfiff in der Fabrik!) in den Ohren wahrnehmen. Aber diese Erscheinungen gehen auch vorüber bis auf einen ziemlich starken Kopfdruck.

Abends: Klagt bei der Visite über starke Kopfschmerzen. Schläft darauf ein. Ruft, sich im Bette aufrichtend, dem Arzt zu, ob er das blutrote Kreuz in der Mitte des Zimmers nicht sehe. Es sei wie aus Flammen, und mit gelben Buchstaben ständen die Worte darin: „Richtet nicht!" Darauf erblickt sie über dem Kreuz einen in mehreren Farben erstrahlenden Bogen. Dann will sie über dem Kreuz die Worte erblicken: „Stehe auf." Sie steht vom Bett auf, geht mit starren Augen in die Mitte des Saales; bleibt regungslos stehen und bemerkt nach einer Weile, daß der Bogen verschwunden sei und eine große Krone an dessen Stelle sich befinde; geht darauf langsam zum Bett zurück. Berichtet über eine Stimme, die ihr zurufe: „Leide!", verfällt darauf wieder in den schlafartigen Zustand und fängt kurze Zeit darauf an, leise vor sich hin zu singen: „Still ruht der See, die Vöglein schlafen; ein Flüstern nur, du hörst es kaum usw."

26. August 1904. Konnte für das Frühstück nicht geweckt werden. Liegt bei der Morgenvisite mit offenen starren Augen ruhig im Bett. Gibt auf Anreden keine Antwort; zeigt mit dem Finger auf den Mund, den Kopf dabei schüttelnd; aufgefordert, sich schriftlich auszudrücken, schreibt sie mit dem dargebotenen Bleistift in unsichern Zügen langsam: „Schwarz, nicht reden." Auf die Frage nach einer bestehenden Erscheinung, schüttelt sie den Kopf; gibt mit Kopfbewegungen zu verstehen, daß ihr vor den Augen alles dunkel sei, und sie selbst zum Sprechen unfähig. Pupillen reagieren; etwas weit. Ein brennendes Zündholz empfindet sie als schwachen Schein, macht beim Annähern der Flamme keine Ausweichbewegungen; empfindet und lokalisiert Nadelstiche. Für Gerüche keine Wahrnehmung, außer für Salmiak. Keine Geschmackswahrnehmung. Die Uhr hört sie nicht, auch nicht beim festen Andrücken auf das Ohr. Versteht den Arzt gut; hört aber die Wärterin nicht, die in der Nähe des Bettes beschäftigt ist. Der Zustand dauert den ganzen Vormittag durch an. Drückt sich mittags auch nur schriftlich aus, wie am Morgen, in unsichern und unregelmäßigen Schriftzügen. (Ihre gewöhnliche Schrift ist fest und sehr gut leserlich.) Schreibt folgendes: „War geplagt vom Bösen; gern sagen, kann gar nicht, Zunge schwer. noch nie so; gern sagen, kann nicht, weiß nicht was." Sensorielle Anästhesie gleich wie am Morgen. Wird dann plötzlich am Mittag, um 12 Uhr, wach. Gibt an, es sei ihr plötzlich vor den Augen ganz hell geworden. Über ihren Traumzustand bemerkt sie, sie habe ein stark zusammenschnürendes Gefühl im Schlunde gehabt. Dieses sei ihr vom Magen gegen den Hals hinaufgestiegen und oben stehengeblieben; die Zunge sei ihr so schwer gewesen, daß sie immer gemeint habe, sie müsse etwas davon wegwischen. Nachmittags und

abends guter Stimmung. Die Unempfindlichkeit der Sinnesorgane abends nicht mehr vorhanden.

27. August 1904. Den ganzen Tag durch ohne besondere Erscheinungen. Beschäftigt sich fleißig.

28. August 1904. Erzählt bei der Morgenvisite, sie sei zu Hause beim Ausbruch der Krankheit nicht in den See gegangen, um sich umzubringen, sondern weil sie der Stimme ihres Vaters unwillkürlich habe folgen müssen; hier in der Anstalt habe sie einmal (!) den Kopf gegen die Wand geschlagen, um den sie quälenden Stimmen ein Ende zu machen; auch habe sie sich mehrmals in selbstmörderischer Absicht ein Tuch um den Hals zugezogen, weil sie gedacht habe, es sei so besser, als immer diese Stimmen zu hören. Erzählt, wie sie während des Beginnes der Krankheit von ihrem Manne oft habe hören müssen, sie solle doch einmal mit ihren Phantastereien aufhören. Er habe oft zu ihr gesagt, es wäre für sie am besten, wenn man sie „gehörig in die Finger nehmen würde", in Münsterlingen werde man sie schon drankriegen. Sie habe deshalb immer mehr Angst bekommen und im Anfang die Ärzte für ihre Richter angesehen. Tagüber ist die Stimmung gut.

29. August 1904. Will am Morgen beim Erwachen eine leichte Verdunklung des Gesichts wahrgenommen haben. Der Tag verläuft wieder ohne besondere Störung.

30. August 1904. Berichtet abends in guter Stimmung dem Arzte, daß sie im Jahre 1898 bei Anlaß eines Besuchs bei ihren Schwestern in Z. einen „Anfall" gehabt habe. Während eines häuslichen Streites mit dem Manne von Hause verreist, habe sie während der Eisenbahnfahrt viel weinen müssen. Und als sie bei ihren Schwestern angekommen sei, sei sie bewußtlos umgefallen und habe mit Händen und Füßen um sich geschlagen. Sie will damals schwanger gewesen sein.

31. August 1904. Klagt morgens über die Erscheinung des Bösen. Es sei ihr schwarz vor den Augen; es schnüre ihr den Hals zusammen; auch starkes Ohrensausen. Das Gesichtsfeld wird dann heller. Sie klagt aber über starke Schmerzen im Unterleib; sie empfinde richtige Gebärmutterkrämpfe, wie damals, als sie während einer Schwangerschaft vom Arzte irrtümlicherweise mit Ausspritzungen behandelt worden sei. (Die damalige ärztliche Behandlung und die sich daran anschließenden Schmerzen vom Mann als Faktum bestätigt.) Patientin stöhnt laut auf; sie klammert sich mit schmerzverzogenem Gesicht an die Bettstelle fest, wie eine Gebärende. Die wehenartigen Schmerzanfälle folgen anfänglich in Intervallen von einer Minute aufeinander; bei jedem Anfall sehr starke Schmerzäußerungen. Vormittags 11 Uhr dauern diese wehenartigen Schmerzen noch fort; auch klagt sie über Gesichtsfeldverdunklung. Über die Art der Schmerzen berichtet sie, es seien ausgesprochene Geburtswehenschmerzen, die in den ganzen Bauch, besonders aber ins Kreuz ausstrahlen; im Körper empfinde sie eine starke Müdigkeit; es sei ihr immer, sie müsse

ein Kind gebären. Untersuchung der Genitalorgane ergibt nichts Besonderes. In den beiden Brüsten, hauptsächlich aber auf der linken Seite, empfinde sie starke Schmerzen, ein ausgesprochenes Gefühl der Spannung; es sei ihr, wie wenn die Milch in die Brüste „schieße". Linke Brustgegend stark druckempfindlich. Auch hinter dem rechten Ohr und der angrenzenden Nackengegend will sie einen intensiven Schmerz empfinden. Diese Stelle erweist sich als für Nadelstiche ganz unempfindlich. Der Mann habe sie einmal an den Ohren gerissen und sie hauptsächlich auf der rechten Seite verletzt. Die wehenartigen Schmerzen kehren in unregelmäßigen Intervallen von 1—3 Minuten wieder, dauern etwa eine halbe Minute lang an. Im Laufe einer halben Stunde haben sich die schmerzfreien Zeiten bis auf 5 Minuten verlängert. Mehrmals bemerkt sie, sie habe die Empfindung, wie wenn ein runder Körper sich in ihren Geschlechtsorganen nach unten bewege, wie der Kopf eines Kindes, aber nicht geboren werden könne. Nach dem Mittagessen schläft Patientin ein und erwacht gegen 4 Uhr wieder, worauf die Schmerzen im Unterleib und in beiden Brüsten von neuem beginnen; die Schmerzen wieder wehenartig. Sie beklagt sich über einen unausstehlichen und lästigen Totengeruch. Geruchsempfindungen sind sehr abgestumpft; Minzöl wird bloß auf der rechten Seite gerochen; Asa foetida wird beiderseits gar nicht wahrgenommen; Salmiak nur schwach. Kommt ins warme Bad, worauf die Schmerzen fast vollständig nachlassen.

1. September 1904. Morgens wieder in traumartigem Schlafzustande. Spricht leise vor sich hin; glaubt, ihr Mann sei da; ruft ihn: Fängt dann mit leiser Stimme an zu singen, wobei sie plötzlich erwacht. Gibt an, daß sie soeben ihren Mann am Fußende des Bettes habe stehen sehen. Gibt auch an, daß sie mit einem Chore zusammen ein Vaterlandslied gesungen habe. Will auch im wachen Zustande dieses Lied noch singen hören („Vaterland, wie lieb ich dich.") Klagt über leichte Verdunklung vor den Augen. Das Lied hört dann auf, und im gleichen Augenblick verschwindet auch die Gesichtsfeldverdunklung. Beide Brustgegenden, wie auch die untere Bauchgegend rechts und links stark druckempfindlich. Das Gedächtnis für die gestrigen wehenartigen Schmerzen ist ungetrübt. Gestern abend im warmen Bade hätten dieselben bald aufgehört. Darauf will sie nach dem Bade längere Zeit hindurch einen Geruch von Zwiebeln (Asa foetida) wahrgenommen haben. Für Geschmack, Geruch und Gehör heute keine Unempfindlichkeit. Bemerkenswert ist, daß etwa 10 Minuten nach der Geruchsprüfung der Geruch für Asa foetida, nachdem er schon ganz abgeblaßt war, plötzlich kurze Zeit hindurch wieder ganz deutlich wurde, wie gestern.

6 Uhr abends. Von 4 Uhr nachmittags ab wieder deliriöse Traumzustände. Sie liegt mit offenen, starren, nicht fixierenden Augen im Bett; klagt über Gesichtsfeldverdunklung, die auch objektiv nachgewiesen werden kann. Hört, wie ihr Mann ihr zuruft: „Rabenmutter!" Erblickt



auf der rechten Seite den Schwarzen, der zu ihr spricht: „Ich will dich plagen, bis es genug ist“. Hört auch mehrmals ihren Mann rufen. Vollständige sensorielle Anästhesie. Geruchs- und Geschmacksprüfung negativ. Eine vorgehaltene Uhr hört sie nicht, auch wenn dieselbe an das Ohr angedrückt wird. Nadelstiche werden nicht empfunden; auch große Mühe, ein in die Hand geschobenes Messer zu erkennen.

2. September 1904. Liegt morgens in tiefem Schlafe; reagiert zuerst nicht auf Anrufen; streckt darauf auf Befehl sehr langsam die Zunge heraus: ist stumm; vollständig analgetisch. Keine Geruchs- und Geschmacksempfindungen. Gibt durch mimische Bewegungen zu verstehen, daß sie an Brustdruck und Würgen am Halse leide. Wie ihr der Arzt, im Augenblick, wo er sich von ihrem Bette entfernt, die Hand drückt, ruft sie plötzlich mit lauter Stimme: „Adieu, Herr Doktor!“ Darauf spricht sie aber nur in leiser Flüstersprache weiter. Vormittags 11 Uhr hört plötzlich der Traumzustand auf; es ist ihr wieder hell vor den Augen, und sie spricht mit ihrer gewöhnlichen Stimme; ohne Erinnerung für die Morgenvisite. Nur summarische, ungenaue Erinnerung für den gestrigen Tag. Sie weiß nichts davon, daß sie gestern außer Bett war. Erinnert sich deutlich an die vorgestern durchgemachten Schmerzen. Nach und nach dämmert ihr die Erinnerung für den gestrigen Tag wieder auf. Sie erinnert sich, gestern abend im „Schlafe“ den Schwarzen gesehen und gehört zu haben; auch der Mann habe ihr gerufen. Sie bemerkt, daß gestern zum erstenmal die „Erscheinung“ zu ihr gesprochen habe. Geruch und Geschmack etwas abgeschwächt, doch für alle Qualitäten vorhanden. Die Uhr wird beiderseits auf die Entfernung von ½ Meter gehört; Nadelstiche werden etwas schwach empfunden, doch gut lokalisiert. Keine Anästhesie wahrnehmbar, weder über der rechten Hüfte noch hinter dem rechten Ohr. Sie ist guter Stimmung und steht auf, um zu arbeiten. Nachmittags empfindet sie ein starkes Schlafbedürfnis, dem sie nur mit großer Mühe widerstehen kann. Klagt über Brustdruck und starkes Kältegefühl.

3. und 4. September 1904. Ohne besondere Beschwerden.

5. September 1904. Die freie, zuversichtliche Stimmung hält an: gegen Abend klagt sie über Gesichtsfeldverdunklung und Unterleibsschmerzen. Ins Bett gebracht verschwinden diese Beschwerden bald.

6. September 1904. Arbeitet den ganzen Tag durch fleißig.

7. September 1904. Liegt bei der Morgenvisite in tiefem Schlafe; ruft plötzlich mit lauter Stimme: „Du trägst die Schuld.“ Erwacht darauf; bemerkt, daß sie im Traume ihren Mann vor sich gesehen habe, der sie Schwindlerin und Phantastin gescholten habe. Klagt über Schmerzen in der linken Brust, wehenartig auftretende Unterleibsschmerzen, Kopfdruck. Objektiv ist ausgesprochene Mastodynie und Ovarie vorhanden. Diese Beschwerden halten den ganzen Nachmittag durch an. Bei der Abendvisite klagt sie über Gesichtsfeldverdunklung; will die Finger in der Entfernung von 2 m nicht mehr zählen können. Nachdem der Arzt sich schon

einige Zeit von ihrem Bette entfernt hat, ruft sie ihn plötzlich herbei und erzählt, sie sehe eine in gelbem Licht strahlende Hand vor sich; nach allen Seiten gehen von dieser Hand blutrote Strahlen aus; bei geschlossenen Augen verschwindet die Erscheinung. (Der Arzt hat vor einiger Zeit durch Vorhalten der Hand mit ausgespreizten Fingern die Gesichtsfeldverdunklung geprüft). Von seiten der Sinnesorgane ist keine ausgesprochene Störung nachweisbar. Plötzlich verschwindet die Erscheinung der Hand, indem sich dieselbe von der Peripherie her zusammenballt.

10. September 1904. Ist krankheitseinsichtig; verlangt nach Hause zurück. Nimmt abends an einer Tanzgelegenheit teil; ist vergnügt.

12. September 1904. Während guten Wohlbefindens bekommt sie vormittags wieder eine plötzliche Verstimmung; klagt über eine Reihe körperlicher Beschwerden. Ins Bett gebracht hat sie wieder die Erscheinung ihres Vaters, den sie in den Wellen des Sees versinken sieht.

15. September 1904. Während der Abwesenheit des Abteilungsarztes findet der Herr Direktor die Patientin morgens stöhnend im Bett, mit der Angabe, sie könne nicht laufen. Sie wird darauf in die Zelle gebracht, verhält sich den ganzen Tag durch ruhig, will aber nicht gehen können; wie sie aber abends von der Wärterin aufgefordert wird, sich in den Wachsaal und ins Bett zu begeben, steht sie auf und folgt der Wärterin. Hierauf guter Stimmung und beschäftigt sich, bis sie am

23. September 1904 bei der Morgenvisite dem Herrn Direktor mitteilt, sie habe wieder starke Schmerzen im Unterleib, und ein zusammenschnürendes Gefühl steige ihr bis in den Hals hinauf. Wie der Herr Direktor auf ihre Klage nicht eingeht, bemerkt sie in gereiztem Tone, man dürfe ja nicht einmal mehr sagen, wie es einem gehe. Wird hierauf tagüber auf die unruhige Abteilung versetzt. Klagt wohl über allerlei Beschwerden, ist aber am folgenden Tage wieder vollständig munter.

10. Oktober 1904. Zeigt seither, abgesehen von leichten Stimmungsschwankungen, keine psychischen Auffälligkeiten mehr. Ihr ganzer Charakter hat aber deutlich hysterisches Gepräge: fühlt sich zurückgesetzt, wenn die Ärzte ihr nicht besondere Aufmerksamkeit schenken, verdreht die Worte gern, hat Neigung zu kleinen Klatschereien; fleißige Arbeiterin.

23. Oktober 1904. Heute geheilt entlassen.

II. Anstaltsaufnahme.

30. Januar 1905. Der Mann referiert:

Schon kurze Zeit nach der Entlassung aus der Anstalt zeigte Patientin bei den häuslichen Arbeiten keine Ausdauer mehr; sie lief viel im Dorfe herum und klatschte mit den Weibern ihrer Nachbarschaft; 14 Tage vor Weihnachten fing sie einen Hausierhandel an, nahm die zu vertreibenden Waren auf Kredit oder entlehnte kleinere Barschaften zu Ankauf derselben. In ihrem Hausierhandel vertrieb sie Gemüse, Wurwaren, Konfekt, Käse, Schuhe usw; nach der Schätzung des Mannes s



Patientin bei diesem Handel beträchtliche Schulden gemacht haben; eine namhafte Summe soll sie lediglich für die Benutzung des Telephons ausgegeben haben.

In der letzten Zeit besorgte sie die Haushaltung sehr mangelhaft; der Mann mußte öfters die Speisen nur halb zubereitet genießen; mit dem ihr vom Manne verabfolgten Wochenhaushaltsgelde kam sie nicht mehr aus; sie kaufte sich Kleider, ohne daß dies nach dem Urteil des Mannes notwendig gewesen wäre; Flickereien, Stricken der Strümpfe besorgte sie nicht mehr selbst, sondern gab diese Arbeiten auswärts. Zu wiederholten Malen hatte sie förmliche Wut- und Tobanfälle, während welcher sie so schimpfte, daß sie kaum zu beruhigen war; in einem solchen zornigen Erregungszustand jagte sie die Schwestern zum Hause hinaus. Wenige Wochen vor der Anstaltsaufnahme lief sie, nachdem sie vorher bei den Gerichtsbehörden einen Ehescheidungsantrag gemacht hatte, mit den Kindern von Hause weg, brachte einige Tage bei Verwandten zu, fand sich eines Abends aber wieder bei ihrem Manne ein und zog die Ehescheidungsklage zurück. In den letzten Tagen beschäftigte sie sich lebhaft damit, ein Bauerngewerbe zu kaufen, und erzählte auch den Leuten, sie habe dieses oder jenes Haus schon gekauft. Nachts schlief sie sehr mangelhaft, war am Morgen in aller Frühe wieder auf.

Anstaltsbeobachtungen. Sie sträubt sich bei der Aufnahme zuerst, hier zu bleiben, erklärt sich aber bald damit einverstanden, bemerkt lachend, sie wolle gern hier aushalten, da sie in der Anstalt ja schon bekannt sei; der Mann und die Kinder könnten ja auch herkommen. Lacht, scherzt und ist mit der Begrüßung der Wärterinnen und Patientinnen so beschäftigt, daß sie vergißt, vom Mann Abschied zu nehmen. Kommt in den ruhigen Wachsaal ins Bett. Ist sehr redselig, ablenkbar; erzählt, sie wolle in K., ihrem Heimatsorte, eine Gebäranstalt gründen, sie werde den Abteilungsarzt dann als Spitaldirektor anstellen; sie selbst werde die Arbeiten der ersten Pflegerin übernehmen. Ferner werde sie in K. eine Käserei einrichten, später eine Versorgungsanstalt für kranke Kinder und einen Kindergarten gründen; auch Fabriken, Hotels und eine Trameisenbahn würden gebaut werden. Sie werde ihrer Heimatgemeinde überhaupt alle möglichen Wohltaten erweisen; nur von ihrer bisherigen Wohngemeinde St. wolle sie nichts mehr wissen, da dort zu viel Katholiken seien, die sie nicht ausstehen könne. Auch werde sie in der ganzen Schweiz Kaffeewirtschaften und alkoholfreie Restaurants ins Leben rufen, werde sich ein Automobil mit der Aufschrift „Helvetia" anschaffen, um als Inspektorin ihre Wohlfahrtseinrichtungen aufsuchen zu können. Wenn man sie im Heimatkanton nicht gewähren lasse, werde sie dem schweizerischen Bundesrat ihre Pläne unterbreiten; im Notfalle werde sie aus der Schweiz auswandern und in Amerika ein neues „Schweizerländli" gründen; sie werde dort Bäume fällen lassen und das Land urbar machen, sie werde von Amerika nach der Schweiz allerlei Produkte einführen, „damit die

Schweizer auch etwas zu fressen hätten", sie werde den Kanton Thurgau mit Brennholz versorgen, weil hier dasselbe so unverschämt teuer sei. Teils spontan, teils auf Suggestivfragen steigert sie ihre Unternehmerpläne immer weiter, bringt ihre Größenideen in lachendem, scherzendem Tone vor; erklärt, sie sei ja wohl aufgeregt, werde aber hier bleiben, solange die Ärzte es als notwendig erachteten, wenn sie nur hie und da ihre Kinder sehen könne; es sei doch noch besser, einen Größenwahn zu haben als einen Verfolgungswahn. Flüstert darauf dem Arzt zu, er solle sie ins Nebenzimmer bringen lassen und untersuchen, da sie während jeder Schwangerschaft den „weißen Fluß" habe. Patientin ist gravida. Die Menses sind schon einige Male ausgeblieben; der Uterus reicht über die Symphyse hinauf.

1. Februar 1905. Heute morgen etwas gereizte Stimmung; sie wolle aufstehen, die Nähmaschine von Hause kommen lassen. Untersuchung ergibt keine ausgesprochenen somatischen hysterischen Stigmata (nicht eingeengtes Gesichtsfeld, intakte Sensibilität für Berührung und Schmerzempfindung; Gehör, Geruch und Geschmack intakt); Reflexe lebhaft, linke Abdominalhälfte etwas druckempfindlich (Ovarie?) Gesicht mit etwas starkem Inkarnat; lebhafte Sprechweise, gestikuliert viel.

3. Februar 1905. Tagüber auf der halbruhigen Abteilung; beschäftigt sich ziemlich fleißig, singt, unterhält sich lebhaft mit den Patienten; „sie wolle diese jetzt eben auch kennen lernen, so daß sie so viel wie der Herr Doktor von den Nerven verstehe"; beklagt sich abends mit ausgesprochener Duldermiene über allerlei körperliche Beschwerden (Rückenweh, Unterleibskrämpfe), wird im Bett aber bald wieder ruhiger; verlangt allerlei Spezialverschreibungen.

6. Februar 1905. Schimpft abends im Bett über die Ärzte, wie hier die Patienten schlecht behandelt würden; sie wolle morgen den Dr. S. in A. und die Hebamme kommen lassen, die sich besser um sie bekümmern werden; hier lasse man die Leute einfach sitzen. Verlangt ein Schlafmittel. Hyoscininjektion 0,001. Zeigt atypische Reaktion auf Hyoscin: ist anfänglich stark erregt, verkennt ihre Umgebung; nachher aber ruhiger Schlaf bis morgens 4 Uhr.

27. Februar 1905. Schon seit mehreren Tagen auf der unruhigen Abteilung; anfänglich im Wachsaal, weil stark störend und den Wärterinnen gegenüber gewalttätig, tagüber im Bad, nachts in der Zelle.

15. März 1905. Vorübergehend gewalttätig; stark abspringender Ablauf der Gedanken; offenbar halluzinierend; redet viel von ihrem Mann, will seine Stimme gehört haben und auch gesehen, wie er aufgehängt an einem Baum gehangen habe.

21. März 1905. Zerreißt; kommt nachts ins Varech.

15. April 1905. Tagüber im Bad; hochgradige motorische Ur ausgesprochene Ideenflucht; schlägt im Bad fortwährend ins Wass

spritzt die Badwärterin, auch den Arzt bei der Visite; nachts im Varech. Stimme meistens aphonisch.

25. April 1905. Starker Erregungszustand; schimpfend und lärmend; immer im Varech, in beständiger Beschäftigung mit demselben, so daß ihre Zelle fortwährend voll Staub ist. Liegt bei der heutigen Abendvisite des Arztes stöhnend am Boden, will sich nicht erheben können; nach kurzer Zeit steht sie aber auf und gerät in ein ideenflüchtiges Schimpfen.

14. Mai 1905. Zustand unverändert.

1. Juni 1905. Befinden im ganzen gleich; gehobene Stimmung; lächelndes Gesicht; ausgesprochene Neigung an vorgesprochene oder auftauchende Worte Zusätze in Reimform anzuknüpfen; vorübergehend gereizt, schimpfend.

10. Juli 1905. Anhaltend stark erregt, schimpft in den massivsten Ausdrücken, reimt. Tagüber im Bad, nachts mit Hyoscin im Wachsaal.

12. Juli 1905. Heute abend 11 Uhr Geburt; erst in der letzten Viertelstunde ließ sich aus ihrem Benehmen erkennen, daß Wehen bestanden. Geburtsverlauf sonst normal; Kind lebend, völlig entwickelt.

13. Juli 1905. Erregungszustand ganz unbeeinflußt, wälzt sich im Bett herum, schimpft; wird mit Hyoscin ruhig gehalten.

20. Juli 1905. Erregung steigert sich über den vor der Geburt bestandenen Zustand hinaus; sie verkriecht sich heute schimpfend unter die Bettdecke, sich in rhythmischer Weise hin und her wälzend.

25. Juli 1905. Tagüber wieder im Bad; nachts Zelle. Zustand unverändert.

15. August 1905. Status idem.

20. September 1905. Anhaltend starker manischer Erregungszustand; die stark gesteigerten Bewegungen sind uniform geworden. Tagüber sitzt sie meistens in ihrem Bett, zerrt in einem fort die Wolldecke hin und her, bald sich damit vollständig einhüllend, bald sich wieder damit umgürtend; im ganzen wenig spontane sprachliche Äußerungen; diese haben sehr monotones Gepräge. Wiederholt öfters längere Zeit einzelne, namentlich vorgesprochene Worte oder kurze Satzbildungen; die Assoziationen sind vorwiegend klangliche. Beschäftigt sich sehr wenig mit ihrer Umgebung.

25. Oktober 1905. Patientin ist wieder etwas zugänglicher geworden; der Erregungszustand hat aber immer noch stark monotones Gepräge. Aufgefordert, an ihren Mann einen Brief zu schreiben, bringt sie nur eine Reihe von Personen- und Ortsnamen zu Papier; einzelne Namen werden öfters wiederholt, namentlich ihr eigener und der ihres Mannes, bei mehreren Worten werden einzelne Buchstaben oder auch ganze Silben weggelassen, auch werden gelegentlich zwei Wörter zu einem Wort zusammengezogen.

15. Dezember 1905. Die motorischen und sprachlichen Äußerungen haben wieder einen mannigfaltigeren Charakter angenommen. Lacht viel, ist in beständiger Unruhe, wirft sich in ihrem Bett herum, manipuliert mit der Bettdecke, deckt sich damit bald vollständig zu, schwingt die Decke

darauf wieder über ihrem Kopf hin und her, springt über die Betten der anderen Patienten hinweg, singt, pfeift oder schlägt, irgendeine Melodie vor sich hin trällernd, taktmäßig gegen die Bettlade.

Zu anderen Zeiten ist sie mehr gereizter Stimmung, verkriecht sich unter die Bettdecke, gerät in heftiges Schimpfen, wenn dieselbe weggezogen wird, um im nächsten Augenblick wieder unter schallendem Gelächter im Saal herumzutanzen. Bohrt sich vorübergehend die Zeigefinger in die Ohröffnungen, bedroht die Nebenpatienten, die ihr Schimpfworte zurufen sollen; doch nicht gewalttätig.

Redet viel von ihrem Vater, den sie draußen gesehen und habe retten wollen. Offenbar halluzinierend. Bei der bestehenden hochgradigen Ideenflucht und dem manischen Vorbeireden ist es aber schwierig, sich über das Bestehen von Halluzinationen klare Rechenschaft zu geben. Sehr ablenkbar; flicht in ihre sprachlichen Äußerungen alle Vorgänge in ihrer Umgebung ein. Redet oft stunden- und tagelang in Flüsterstimme.

Örtlich vollkommen orientiert; zeitliche Orientierung sehr mangelhaft, weiß den Monatsnamen nicht. Ausgesprochener Sammeltrieb; hält fortwährend allerlei Tuchfetzen, buntes Papier, Knöpfe in der Hand. Entblößt sich oft die Brüste, drängt sich an den Arzt heran. Nachts seit längerer Zeit immer in der Zelle.

10. Januar 1906. Stenogramm. (Patientin spricht Schweizerdialekt). Wo ist de Gägi? Wo ist de Herr Hofer; bin ich z'abig g'si? (Gelächter). Ist glich, was mir Müllers jetz tüend. En Chlosterchuss, wo Kanne jetzt chost (Gelächter). Mues-i furt wo-n-i hüt gsi bin? Wo ist de Wagiss? Wo d' Wiber für Biber. Denn mues i schreie ohni Trompete. (Spricht gewöhnlich mit halblauter Stimme). Dem rässe Chäs z'lieb. Chane nüt für's schwätze; Zwetschge. Marie Sutter und i sind munter. Grad jetzt ist er furt. Schreibt: Liebchen laß dich küssen, weil wir schaffen müssen. Zehn Äpfel, zehn Eiernudeln. Spricht weiter: Wisse Wi, Zucker dri, roti Rüebli drunder. (Geht an das Fenster und jauchzt dem vorbeifahrenden Eisenbahnzug zu.) Schabzieger, mir lieber und do hend si mi. D'Frau Wehrli und i. Und do han i d' Finke verlore wegen Chnecht. Denn han i zwe verlore und do het's ni g'frore. Und der Max und i, und de Stellmacher bin i. De Konrad und i und Kohlrabe. Der Anderes vergißt de Käs. Seb mol hani müesse schüsse, do bin i nach Prüsse. De Tobias und d' Wilhelmine am Klavier und do hent's g'seit ich bin s' Klavier. Do bin-i schwanger do here cho, do bin i e Chueg' 'si. Do hent's mer Zäh' usg'risse, do han i si bisse. Denn han i afange trommle, do bin i der Eigenmann g'si. Z' Lörrach bin i uf d' Welt cho. D'Frau Busolo und i und es fuuls Ei g'si. Am erste Mai bin i cho mit-em Ma, do hent mer Hochzit g'ha. De Tobias und i und de Veredas. Meta (Patientin) und i passet zemma und d' Lina Bauer (Wärterin). (Gibt auf von außen kommende Geräusche acht). Madame Frank und i und d' Frau Schaffner. Jetzt han i kalt Händ und warmi Liebi. Auf die Frage wie alt sie sei: Fünfedreißig werd i si, gebore i-

10. Januar 1906. Untersuchung der Sinnesorgane (soweit dieselbe bei der starken Ablenkbarkeit möglich und zuverlässig ist) ergibt keine ausgesprochenen sensoriellen Anästhesien oder Hyperästhesien.

11. März 1906. Liegt heute abend bei der Visite des Arztes, nachdem sie kurz zuvor noch in lebhafter motorischer Erregung gewesen war, ruhig, leicht stöhnend im Bett, klagt über starke Kreuzschmerzen; bietet augenblicklich, namentlich in der Rede, in der die sonst bei ihr beobachtete starke Ablenkbarkeit sehr wenig hervortritt, spärliche manische Symptome. Verhält sich den ganzen Abend durch ruhig, klagt mehrmals über Kreuzschmerzen.

12. März 1906. Heute etwas ruhiger als sonst, bleibt fast den ganzen Tag im Bett, ohne den ihr sonst gewohnten Beschäftigungstrieb an den Tag zu legen.

13. März 1906. Heute wieder erregter; zeitlich schlecht orientiert, es sei wohl um Weihnachten oder Neujahr herum, (es schneit heute). Vor weniger als einer Stunde noch laut lärmend, redet sie mit dem Arzt während der ganzen Unterhaltung mit aphonischer Stimme; sie selbst bemerkt dazu, sie sei heiser, weil sie vor kurzem zu stark geschrien habe. Hat sich mit buntem Tuch und Garnfetzen geschmückt; hat sich mit Watte die Ohren verstopft, da sie von den Frauen im Saal häufig beschimpft werde; diese sollen ihr „Luder, schlechtes Mensch" zurufen (Halluzinationen). Gibt auf Fragen meist eine kurze, sinnentsprechende Antwort, schweift aber sofort ab, geht viele in sehr lockerem inhaltlichen Zusammenhange stehende Wortverbindungen ein; durch die Vorgänge ihrer Umgebung äußerst ablenkbar; fortwährend lächelnd; gehobener Stimmung; stark erotisch. Kennt und benennt alle Personen ihrer Umgebung richtig; zeigt sich hinsichtlich ihrer Vergangenheit vollständig orientiert, erzählt auch, wenn auch in sehr abgebrochener und ideenflüchtiger Weise, von ihren verschiedenen früheren halluzinatorischen Erlebnissen. Reagiert prompt auf leichte Nadelstiche.

15. April 1906. Sehr ablenkbar, macht aus den meisten an sie gerichteten Fragen irgendeinen oberflächlichen Reim; hochgradige Ideenflucht, keine negativistischen Erscheinungen; verkriecht sich öfters unter die Bettdecke, zerrt oft längere Zeit in monotoner Weise an derselben herum oder wiegt sich halbstundenlang, die beiden Zeigfinger in die Ohröffnungen gesteckt, im Bett hin und her. Gelegentlich, oft anscheinend grundloses (wohl durch Halluzinationen bedingtes), heftiges Schimpfen, mit Neigung zu Gewalttätigkeit. Redet viel mit völlig aphonischer Stimme. Zeigt während der heutigen Unterredung mit dem Arzt auf verschiedene Stellen des Zimmers mit der Frage, ob der Arzt dort den Vater nicht sehe; Sammeltrieb. Anhaltend gute Körperpflege.

27. April 1906. Zustand unverändert. Hat in den letzten Tagen ein Tuch um den Kopf gebunden, klagt über Kopfschmerzen, „da sie in Kopf und Brust geschossen worden sei".

1. Mai 1906. Begrüßt bei der Morgenvisite den Arzt in gewohnter, lachender Weise. Wie sie vom Arzt nach ihren im Anfang der manischen Periode geäußerten Größenideen gefragt wird, wird sie gereizt, schimpft in den gröbsten Ausdrücken, warum man sie ausfragen wolle, verkriecht sich, fortwährend schimpfend, unter die Bettdecke.

3. Mai 1906. Heute Menses; die Wärterin gibt an, daß schon vor einigen Wochen eine menstruelle Blutung aufgetreten sei.

4. Mai 1906. Menses beträchtlich.

6. Mai 1906. Hält sich den Kopf verbunden, klagt über Kopfschmerzen.

11. Mai 1906. Anhaltend hochgradig ideenflüchtig; sehr ablenkbar, bei völlig guter Besonnenheit. Gedächtnis auch für kleine, weit zurückliegende Einzelheiten sehr gut; gerät sehr leicht in heftiges Schimpfen, besonders wenn die beim Beginn der manischen Periode geäußerten Größenideen berührt werden. Im ganzen in ihrem Gedankengang zusammenhängender; zeigt besseren Turgor der Haut. Gewicht 41 ½ kg.

Untersuchung der Sinnesorgane ergibt keine auffallende Abnormität. Perimetrierung bei der starken Ablenkbarkeit nicht auszuführen. Erhaltene Konjunktival- und Gaumenreflexe; intaktes Farbenunterscheidungsvermögen.

16. Mai 1906. Gewicht 42 ½ kg. Bei größerer Kohärenz der Gedanken in den letzten Tagen sehr gereizter Stimmung; hört sich von den anderen Patienten beschimpft (man rufe ihr „Hur" usw. zu). Gerät fast jedesmal, wenn der Arzt an ihr Bett tritt, in ein zügelloses Schimpfen und Fluchen.

15. Juli 1906. Gewicht 42,0 kg. Keine wesentliche Änderung des Zustandes während der beiden letzten Monate. Anhaltend starke Ideenflucht, Tendenz zu häufigen Wortklangassoziationen; gehobene Stimmung, lacht und singt sehr viel. Kann das genaue Datum nicht angeben, sonst nach allen Richtungen orientiert. Hört sich von den verschiedensten Personen beschimpfen; um sich ihrer Gehörshalluzinationen zu erwehren, hält sie sich öfters längere Zeit die Gehörsöffnungen zu; auch sehr häufiges halluzinatorisch-reaktives Schimpfen, wobei sie in starkem Bewegungstrieb im Wachsaal herum rennt und gegen Wände und Möbel schlägt.

20. Oktober 1906. Stat. id. Gewicht 44 ½ kg.

12. Dezember 1906. Ist seit einigen Tagen außer Bett. Meistens heiter gestimmt, lächelndes Gesicht; ausgesprochene Ideenflucht; sehr häufige zornige Erregungen in Form von lautem Schimpfen, das durch häufiges Wiederholen einzelner Worte meistens ein besonderes, oft ausgesprochen monoton-stereotypes Gepräge trägt. Hat sich ein weißes Tuch um den Kopf gebunden und die Vorderseite ihres Oberkleides mit bunten Papierschnitzeln geschmückt. Sehr erotisch. Gewicht 44 ½ kg.

10. März 1907. In der letzten Zeit ist in dem Verhalten der Patientin eine fortschreitende Beruhigung nicht zu verkennen. Sie trägt sich in völlig geordneter Weise; seit einigen Tagen beschäftigt sie sich fleißig mit Stricken und liefert gute Arbeit, während sie noch vor wenigen Wochen Strick-

Zustände. Sie hat aber Mühe, im Gespräch längere Zeit beim gleichen Thema zu bleiben; und wenn sie vollends sich selbst überlassen wird, gerät sie in ein ideenflüchtiges Gerede hinein, in dem immer noch, wenn auch viel spärlicher als früher, lose Klangassoziationen und Reime vorkommen. Stärker als im Gespräch macht sich die Ideenflucht in ihren Briefen bemerkbar, und zwar hier weniger in den ersten Sätzen als in den Schlußpartien. In jeder Hinsicht erweist sie sich als völlig orientiert; gibt Wochentag und Datum prompt und richtig an. Erkundigt sich nach ihrer Familie und besonders, was aus ihrem in der Anstalt geborenen Kinde geworden sei. (Dasselbe ist wenige Monate nach der Geburt an Diphtherie gestorben.)

Die Stimmung ist fast immer eine freudig gehobene; noch immer häufige Schimpfausbrüche, die in der Regel durch Gehörshalluzinationen beleidigenden, meistens sexuellen Inhalts bedingt sind. Außer der akustischen Sphäre keine Sinnestäuschungen nachweisbar. Für die Zeit der stärksten manischen Erregung ist die Erinnerung getrübt, doch keineswegs völlig aufgehoben; so weiß sie, daß sie sich während einer längeren Periode stunden- und tagelang im Bett hin und hergewälzt hat; sie habe geglaubt, dadurch sich ihrer Stimmen erwehren zu können; zu dem gleichen Zwecke habe sie sich auch öfters die Finger in die Ohröffnungen gesteckt (was jetzt noch gelegentlich vorkommt). Eine eingehende körperliche Untersuchung ergibt keine hysterischen Stigmata. Eine genaue perimetrische Gesichtsfeldaufnahme konnte wegen der Ablenkbarkeit der Patientin nicht ausgeführt werden. Die Sehnenreflexe sind an Armen und Beinen gesteigert. Gewicht 45 kg.

25. Juni 1907. Die psychische Beruhigung schreitet vorwärts. Noch immer ist die Ideenflucht aber deutlich ausgesprochen. Bei vorwiegend gehobener Stimmung erfolgen noch immer gelegentlich plötzliche Umschläge in eine zornige Gereiztheit. Halluzinationen akustischer Natur sind wahrscheinlich, obschon die Patientin das Bestehen solcher negiert.

Die Sehnenreflexe sind am ganzen Körper erhöht, die Schmerzempfindlichkeit überall etwas abgestumpft. Die Sprache ist meistens heiser, wenn auch in wechselnder Intensität. Das Herz ist leicht vergrößert (Symptome einer Mitralinsuffizienz), sonst keine krankhaften körperlichen Veränderungen.

Patientin ist eine fleißige, gewandte Arbeiterin.

15. Februar 1908. Wenn sich Patientin auch weithgehend beruhigt hat, so ist doch gegenwärtig die Ideenflucht noch immer nachweisbar;

auch hat die Affektlage noch einen submanischen Charakter. Halluzinationen werden strikte in Abrede gestellt.

Ohne Schwierigkeit und ohne den Tatsachen irgendwelchen Zwang anzutun, kann man in dem beschriebenen Krankheitsverlauf zunächst zwei Hauptphasen unterscheiden, und zwar:

1. Eine zweiundeinhalb Jahre hindurch bestehende Depression, die durch eine psychomotorische Hemmung, zahlreiche Sinnestäuschungen, die verschiedensten Selbstanklagen und einen im Beginne der Erkrankung sehr starken Suizidtrieb charakterisiert ist;

2. Einen Erregungszustand, der durch gehobene Stimmung, Größenideen, Sinnestäuschungen, eine hochgradige Ideenflucht und einen sich zu ausgesprochener Tobsucht steigernden Bewegungsdrang gekennzeichnet ist. Derselbe hat bis jetzt eine Dauer von drei Jahren und ist auch gegenwärtig (Februar 1908) in einzelnen Symptomen noch deutlich erkennbar.

Getrennt waren diese beiden Phasen durch ein freies Intervall von einigen Monaten, während dessen keine psychischen Krankheitserscheinungen konstatiert werden konnten. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß hier die beiden Perioden einer manisch-depressiven Psychose vorliegen. Differentialdiagnostisch würde nur die Dementia praecox in Betracht zu ziehen sein, und zwar besonders deshalb, weil auf der Höhe des Erregungszustandes die Bewegungen wie auch die sprachlichen Äußerungen einen recht monotonen Charakter trugen. Es muß aber nachdrücklich hervorgehoben werden, daß auch bei den damals in stereotyper Weise wiederholten Wortreihen, die meistens keinerlei Satzbau verrieten, der Wortklang das fast ausschließliche assoziative Element bildete, was bei der katatonen Sprachverwirrtheit nicht der Fall ist, und daß ferner der Inhalt dieser Wortfolgen so rasch wechselte, wie es wiederum bei der Katatonie in der Regel nicht beobachtet wird. Es lag also hier nicht eine eigentliche katatone Stereotypisierung der allgemein motorischen und sprachlichen Impulse vor, sondern lediglich eine vorübergehende Monotonie bei einem hochgradig gesteigerten manischen Erregungszustand, also eine Erscheinung, wie sie von *Pfersdorff*[1]) in analoger

---

[1]) *K. Pfersdorff*, Über Stereotypien im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1906.

Weise bei den depressiven Zuständen des manisch-depressiven Irreseins beobachtet und beschrieben worden ist. Abgesehen davon, daß sowohl die Depression als die Manie alle die Symptome, welche wir als für die zirkulären Störungen typisch erachten, in vollster Prägnanz aufwiesen, muß betont werden, daß während des ganzen Krankheitsverlaufes nie irgendwelche kataton-negativistische Erscheinungen, sprachliche Neubildungen, auffallende Perseverationssymptome oder sterotype Gewohnheiten konstatiert werden konnten. Ferner bot die Pat. während des allerdings nur kurzen Intervalles zwischen der Depression und der nachfolgenden Manie ein völlig normales, d. h. ihrem früheren Habitualzustand entsprechendes Verhalten dar; und auch jetzt nach bald sechsjährigem Bestehen der Psychose sind bei der Kranken keine psychischen Defekterscheinungen nachzuweisen. Wenn eine eingehendere Prüfung durch die immer noch deutlich ausgeprägte Ablenkbarkeit gegenwärtig auch etwas erschwert ist, so läßt sich doch zur Evidenz feststellen, daß die intellektuellen Fähigkeiten keine Einbuße erlitten haben. Ihr Gedächtnis ist völlig intakt und ihr Urteil ein gutes, wenn es auch durch die noch bestehende submanische Affektlage vielfach beeinflußt wird. Daß die Pat. auch in affektiver Beziehung nicht geschwächt worden ist, sieht man daraus, daß sie jedes Mal, wenn es gelingt, ihre gehobene Stimmung vorübergehend etwas auszuschalten, gemütlich lebhaft, ja stürmisch reagiert.

Von der vorausgegangenen Depression — d. h. der depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins — völlig verschieden war das Zustandsbild im August und September 1904. Die damaligen gehäuft auftretenden deliriösen Dämmerzustände, welche die in den ersten Tagen des Monats August 1904 noch deutlich ausgeprägten depressiven Symptome vollständig in den Hintergrund drängten, müssen sowohl nach ihrem Inhalt als nach den sie begleitenden, sehr mannigfaltigen Stigmata als hysterische bezeichnet werden. Bei der Mehrzahl der betreffenden Symptome ist das psychogene Moment in hohem Grade ausgesprochen; ferner ist die zeitliche Gruppierung dieser symptomatologisch äußerst reich differenzierten Dämmerzustände eine derartige, daß man von einer eigentlichen hysterischen Psychose im Sinne von *Raecke* sprechen kann. Dieselbe entwickelte sich aber nicht, wie es auf den ersten Blick

scheinen möchte, völlig unvermittelt aus der Depression heraus, sondern zeigte schon im Frühling 1904 einige Vorläufererscheinungen in Form von vereinzelt auftretenden hysterischen Schlafzuständen. Von denselben entspricht nur der erste (vom 27. und 28. April 1904) der klassischen Beschreibung des hysterischen Lethargus; die nachfolgenden, wie besonders auch die Mehrzahl der Dämmerzustände während der hysterischen Psychose im Sommer 1904 nahmen immer mehr den Charakter von schlafartigen Delirien an. Wir wissen aber nach den Beobachtungen mehrerer Autoren (*Charcot*, *Gilles de la Tourette*, *Richer*, *Löwenfeld*), daß für die hysterischen Schlafzustände kein allgemein gültiges Paradigma aufzustellen ist, daß sie sich vielmehr symptomatologisch sehr verschieden gestalten können. Was die pathognostische Bedeutung des Lethargus betrifft, so muß derselbe, wenn ein unter Umständen sehr ähnlich aussehender katatoner Stupor mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann, wohl immer als ein hysterisches Symptom bezeichnet werden. *Löwenfeld*[1]) beschreibt zwar auch Fälle von hysterischem Schlaf, die mit Melancholie kombiniert auftraten; ob es sich dort aber um eine wirkliche Melancholie resp. die depressive Phase des manisch-depressiven Irreseins oder um eine hysterische Verstimmung handelte, ist aus der Arbeit *Löwenfelds* nicht mit Sicherheit zu entnehmen.

Unter den verschiedenen Selbstanklagen, welche die Pat. während der Depression vorbrachte, nimmt diejenige, im Januar 1902 ihren Vater umgebracht zu haben, eine besondere Stellung ein. Die Kranke hielt dieselbe nämlich längere Zeit hindurch so hartnäckig aufrecht und schilderte zudem das angeblich von ihr vollführte Verbrechen in so plastischer und detaillierter Weise, daß selbst die Anstaltsärzte Bedenken bekamen und sich durch Nachforschungen bei dem Manne der Pat. über den wirklichen Sachverhalt zu vergewissern suchten. Diese auffallende Selbstanschuldigung, die in so evidenter Weise aus dem Rahmen der übrigen depressiven Versündigungsvorstellungen heraustritt, ist wohl dann am besten psychologisch motiviert, wenn wir sie auf ein deliriöses Erlebnis zurückführen, das wir mit großer Wahrscheinlichkeit auf den 14. Januar 1902 verlegen müssen. Wir

[1]) *Löwenfeld*, Hysterische Schlafzustände. Arch. f. Psych. 1891 und 1892.

haben gesehen, daß sie sich an jenem Tage von Hause entfernte und mit der Angabe, sie sei mit ihrem Vater zusammen im Walde gewesen, erst in später Nachtstunde wieder daheim einfand. Ein solcher kurzdauernder deliriöser Dämmerzustand, dessen halluzinatorische Elemente noch nach einem Jahre in Form eines zusammenhängenden Scheinerlebnisses mit voller Schärfe wieder ins Bewußtsein treten, kann mit einer deliriös-stuporösen Episode (*Kraepelin*), wie sie bei einer Depression des manisch-depressiven Irreseins gelegentlich beobachtet wird, nicht identifiziert werden, sondern erklärt sich in befriedigender Weise allein durch die hysterische Veranlagung der Kranken.

Auf eine starke psychische Beeinflußbarkeit während der Depression weisen die ein bis mehrere Tage dauernden Intermissionen hin, welche schon im Januar 1903, also bei noch voll entwickelter Psychose auftraten und von da weg bis zum völligen Abklingen der Depression im Sommer 1904 in unregelmäßigen Intervallen wiederkehrten; dieselben hatten meistens einen leicht manischen Charakter, öfters aber auch das Gepräge eines manisch-depressiven Mischzustandes, insofern als bei zuversichtlich gehobener Stimmung die psychomotorische Hemmung unverkennbar war. Ihre psychogene Natur verrät sich dadurch, daß sie in der Regel durch einen äußeren Anlaß, z. B. eine Anstaltsfestlichkeit, oder, was meistens zutraf, durch einen Besuch ihrer Angehörigen ausgelöst wurden.

Wenn wir nun nach denjenigen Symptomen der manischen Periode fahnden, welche wir als hysterische zu bezeichnen berechtigt sind, so ist die Ausbeute wesentlich geringer als bei der kritischen Durchmusterung der Depression. Mit Recht darf hier eigentlich nur die Aphonie genannt werden, die vorübergehend und in wechselnder Intensität während des ganzen Verlaufes der manischen Periode beobachtet werden konnte. Wenn auch Stimmlosigkeit bei einer hochgradigen tobsüchtigen Erregung mit der starken Inanspruchnahme des Sprachorgans nicht in Erstaunen setzen darf, so muß doch hervorgehoben werden, daß bei unserer Kranken die Aphonie gelegentlich unvermittelt aus lautem Schimpfen heraus auftrat, um ebenso plötzlich wieder zu verschwinden. Eine funktionelle Komponente kann bei dieser Erscheinung unseres Erachtens also nicht in Abrede gestellt werden, um so mehr als auch jetzt noch, wo sich die

Pat. weitgehend beruhigt hat, ihre Stimme meistens mehr oder weniger heiser ist.

Auf den Schwächeanfall vom 25. April 1905, wo die Kranke mitten in hochgradigem Erregungszustand eine Zeitlang stöhnend am Boden lag und sich nicht wollte erheben können, darf kein besonderes Gewicht gelegt werden, da damals Gravidität bestand.

Im Sinne einer gewissen psychischen Beeinflußbarkeit auch während der noch voll ausgeprägten Manie mag aber die Mitte März 1906 beobachtete auffallende Remission gedeutet werden. Wie sich aus der Krankengeschichte ergibt, klagte damals die Pat. zwei Tage hindurch über Kopfschmerzen (menstrueller Natur?) und zeigte während dieser Zeit in ihrem Verhalten nur spärliche manische Symptome.

Ein Punkt bedarf schließlich noch der Berücksichtigung, nämlich die Halluzinationen, die sich sowohl in der Depression als in der Manie stark bemerkbar machten. Zwar ist das Vorkommen von Sinnestäuschungen beim manisch-depressiven Irresein etwas sehr banales; es ist aber doch von einigen Autoren und neuerdings besonders von *Saiz* betont worden, daß sie dann besonders reichlich seien, wenn die zirkuläre Störung sich auf dem Boden einer degenerativen und speziell einer hysterischen Veranlagung entwickelt. In wie hohem Grade die Gesichtshalluzinationen im Anfang der Depression und besonders während der deliriös-hysterischen Epoche im Sommer 1904 sich inhaltlich und phänomenologisch als hysterische charakterisieren, zeigt die Krankengeschichte mit aller Deutlichkeit.

Sind wir nun berechtigt nach den obigen Ausführungen, in unserm Falle eine wirkliche Kombination einer manisch-depressiven Psychose mit einer Hysterie anzunehmen? Ist im besonderen die Forderung *Nissls*, daß das Vorhandensein der Hysterie auch vor dem Ausbruch der zirkulären Störung in wissenschaftlich einwandfreier Weise festgestellt werde, als erfüllt zu betrachten? Da müssen wir nun gestehen, daß sich im Vorleben der Pat. wohl einzelne neurotische Erscheinungen wie häufige Kopfschmerzen und starkes Schwangerschaftserbrechen auffinden lassen, daß es uns aber nicht gelungen ist, offenkundige und scharf definierte hysterische Stigmata sicher zu stellen. Die Kranke will zwar einmal im Anschluß an einen Schrecken (nächtliche Feuersbrunst) während einiger Stunden von einem voll-

ständigen Mutismus befallen gewesen sein; ein anderes Mal will sie einen Krampfanfall gehabt haben, den man nach ihrer Beschreibung als einen hysterischen deuten könnte. Für das eine wie für das andere fehlen aber irgendwelche Augenzeugen.

Dem negativen Ergebnisse unserer Nachforschungen nach eventuell vorhanden gewesenen somatischen Störungen psychogenen Ursprungs muß aber gegenübergehalten werden, daß der Pat. von jeher ein Charakter eigen war, dessen hysterisches Gepräge unverkennbar ist. Wenn auch die Meinungen der Autoren über die Spezifität des sogenannten hysterischen Charakters geteilt sind, so ist doch die eine Tatsache nicht in Abrede zu stellen, daß der großen Mehrzahl der Hysterischen bestimmte Charaktereigentümlichkeiten, die wir schon früher hervorgehoben haben, zukommen. Wir haben gesehen, daß diese charakterologischen Besonderheiten bei unserer Kranken nicht nur vor dem Ausbruch der manisch-depressiven Störung vorhanden waren, sondern von uns auch nach dem völligen Abklingen der Depression konstatiert werden konnten. Es ist auch zur Genüge bekannt, daß gelegentlich sowohl die psychischen Alterationen, die man unter dem Namen des hysterischen Charakters zusammenzufassen pflegt, als auch ausgesprochene hysterische Psychosen bei Individuen beobachtet werden, die nur spärliche oder gar keine Stigmata darbieten. *Raimann* gibt dieser Tatsache dahin Ausdruck, „daß der hysterische Charakter am ausgeprägtesten ist in Fällen, die nur vereinzelt eine Psychose durchmachen, sonst aber frei sind von manifesten hysterischen Symptomen.“

Sollte in unserm Falle der klinische Nachweis einer wirklichen Hysterie trotzdem noch als ungenügend erachtet werden, so müssen unseres Erachtens die letzten Bedenken wegfallen, wenn wir auf die mehrwöchige deliriöse Epoche im Sommer 1904 verweisen. Diese stellt eine unzweifelhafte hysterische Psychose dar und konnte sich als solche nur aus einer hysterischen Persönlichkeit heraus entwickeln. Daß dem so ist, sieht man übrigens auch daran, daß die Dämmerzustände, welche in ihrer Gesamtheit diese hysterische Psychose bilden, aus psychogenen Elementen aufgebaut sind, die sich in ihrer großen Mehrzahl auf Erlebnisse zurückführen lassen, welche auf die Kranke in den Jahren vor der manisch-depressiven Störung psychotraumatisch gewirkt haben. Wenn auch zunächst keine manifesten und ana-

mnestisch nachweisbaren hysterischen Symptome auftraten, so müssen doch schon damals die der Hysterie eigenen Mechanismen der Verdrängung und der Konversion (*Freud-Breuer*) bei der Patientin wirksam gewesen sein. Wir müssen annehmen, daß alle die in ihr schlummernden psychogenen Erscheinungen durch die tief eingreifende, pathologische Affektschwankung der depressiven Phase des manisch-depressiven Irreseins ins Leben gerufen wurden. Tatsache ist, daß die Depression, in leichtem Grade, aber auch die Manie von vereinzelten hysterischen Symptomen durchsetzt sind, die sich beim Lösen der Depression zu einer eindeutig hysterischen Psychose verdichten.

Der Kopfschmerz bei der Dementia praecox[1].

Von

Oberarzt Dr. **Tomaschny.**

Wenn wir die Lehrbücher der Psychiatrie und die sonstige Literatur auf die Begleiterscheinungen der Dementia praecox hin durchsehen, so finden wir unter den körperlichen Symptomen hie und da auch den Kopfschmerz erwähnt. Nach *Kraepelin* (Psychiatrie, 7. Aufl.) pflegt die Dementia praecox mit den allgemeinen Erscheinungen einer leichten Verstimmung, K o p f s c h m e r z e n , Mattigkeit, Schlaflosigkeit, Reizbarkeit zu beginnen. *Trömner* sagt in seiner Monographie „Das Jugendirresein" auf S. 9: „allerdings beginnt die Krankheit gewöhnlich mit depressiven Zuständen, K o p f s c h m e r z e n , Schlafstörungen und verstimmenden Gedanken, aber nicht immer". Bei *Jahrmärker* (Zur Frage der Dementia praecox, Halle 1903) finden wir ebenfalls mehrere Male den Kopfschmerz unter den Symptomen der Krankheit angeführt. Manche Autoren erwähnen den Kopfschmerz überhaupt nicht. Aber auch die übrigen Autoren räumen, wie aus den oben angeführten Sätzen hervorgeht, dem Kopfschmerz nur die Bedeutung einer V o r l ä u f e r erscheinung ein, nirgendwo finden wir ihn bei Besprechung des weiteren Verlaufes der Krankheit genügend gewürdigt; und doch bildet der Kopfschmerz, wie man sich durch die Untersuchung leicht überzeugen kann, eine der konstantesten Erscheinungen unter den körperlichen Störungen im Verlaufe der Dementia praecox. Angeregt durch einige in dieser Hinsicht besonders lehrreiche Fälle habe ich seit einiger Zeit meine Aufmerksamkeit dieser Frage zugewandt und möchte im folgenden unter kurzer Schilderung des gesamten Krankheitsverlaufes hierüber berichten. Bemerken möchte ich noch, daß ich sämtliche Fälle aus

[1]) Aus der Provinzialheilanstalt zu Treptow a. R.

eigener Anschauung kenne, und daß ich bei der Auswahl der Kranken mit möglichster Vorsicht verfahren bin. Solche Krankheitsgeschichten, wo in der Vorgeschichte Alkohol, Lues oder Trauma sich erwähnt fanden, sind aus dem Bereich der folgenden Betrachtungen ausgeschlossen, und es sind nur ganz unkomplizierte Fälle berücksichtigt, wo nach den heut allgemeingültigen Anschauungen die Diagnose der Dementia praecox mit völliger Sicherheit gestellt werden konnte.

Fall I. Franz S., Grenadier, 26. August 1883 ehelich geboren, erblich nicht belastet, früher stets gesund, erkrankte 6 Wochen nach der Einstellung beim Militär ohne bekannte Ursache plötzlich mit lebhaften Sinnestäuschungen und motorischer Erregung hauptsächlich in Form allerhand stereotyper Bewegungen, z. B. Marschieren im Parademarsch, wobei er trompetete, und dergleichen. Am 13. Dezember 1905 wurde Patient aus dem Garsinonlazarett in die Anstalt aufgenommen. Hier war er zunächst gehemmt mutazistisch, lächelte, grimassierte, aß nicht, ließ seine Bedürfnisse unter sich. Dazwischen plötzliche triebartige Handlungen, unbändiges lautes Auflachen und dergleichen. Nach 6 Monaten trat eine Remission ein, Patient wurde ein fleißiger Feldarbeiter, hielt sich ruhig und geordnet, blieb aber stumpf und gleichgültig, kümmerte sich um nichts. Bei einer nach Eintritt der Remission am 6. September 1906 vorgenommenen Untersuchung gab Patient an, er sei damals ins Garnisonlazarett gebracht worden, „weil ihm der Kopf so furchtbar weh tat, als es ihm damals ankam", die Schmerzen hätten noch lange Zeit angehalten, jetzt sei er frei von ihnen. Am 12. Oktober 1906, also etwa 4 Monate nach Eintritt der Remission, wurde Patient von der Feldarbeit nach Hause gebracht, weil er über heftige Kopfschmerzen klagte. Auf der Abteilung zu Bett gelegt, wälzte sich Patient hin und her, faßte mit seinen Händen immerfort nach dem Kopfe und schrie mit lauter Stimme: „Vater, mein Kopf, mein Kopf!" Hieran schloß sich eine heftige Erregung von mehrwöchiger Dauer, in der Patient ganz unzugänglich war, alles durcheinander schrie, über die Betten hinwegsprang, grimassierte, gewalttätig wurde usw. Ab und zu schob sich in die Erregung ein Tag mit ruhigerem Verhalten ein, und dann klagte Patient stets über heftige Kopfschmerzen. Irgendein körperliches Leiden, auf das die Kopfschmerzen hätten zurückgeführt werden können, war nicht nachzuweisen. Die Erregung klang im Laufe der Zeit allmählich ab, und am 19. Februar 1907 wurde Patient auf Wunsch seiner Angehörigen als „gebessert" entlassen.

Fall II. Gustav O., Bauernsohn, am 19. Mai 1869 ehelich geboren, erblich nicht belastet, mit normaler Entwicklung, erkrankte im Alter von 19 Jahren mit Ungehorsam, Reizbarkeit, Neigung zu Gewalttätigkeiten; dazu gesellten sich bald massenhafte Sinnestäuschungen und Größenideen.

Mit 21 Jahren wurde Patient in die Irrenanstalt zu R. gebracht. Hier blieb er fast andauernd gereizt und unzugänglich. beschäftigte sich aber öfter mit Feldarbeiten; im Laufe der Zeit verblödete er immer mehr. In der Krankengeschichte der Irrenanstalt zu R. finden sich eine große Anzahl von Notizen, aus denen hervorgeht, daß Patient sehr häufig über Kopfschmerzen und sonstige unangenehme Sensationen im Kopf klagte. Gleich bei seiner Aufnahme klagte Patient „ich habe immer Kopfschmerzen oben auf dem Kopfe; das kommt vor der Kälte, in meinem Kopfe knarrt es, als wenn Wasser drin wäre". VI, 90 heißt es in der Krankengeschichte: Patient reibt sich die Stirn ganz wund, legt sich Blätter auf den Kopf „weil das gegen die Kopfschmerzen hilft". (XI, 90) hält den Kopf an den heißen Ofen, „weil er so weh tut". (XII, 90) reibt sich die Stirn wund wegen der Kopfschmerzen. (XII, 90) „in meinem Kopfe ist es so, als wenn Wasser fließt". (IV, 91) erzählt, er hätte früher so leicht Kopfschmerzen und Schwindel bekommen. (VII, 92) es ist mir, als ob was im Kopfe los wäre, es kluckt immer drin, namentlich im Hinterkopf. (VII, 92) klagt über Stirnkopfschmerz. (VIII, 92) „mein Kopf tut mir weh, es kluckt darin"; schlägt sich vor den Kopf, um sein Kopfweh zu heilen. Ähnliche Notizen kehren auch in den folgenden Jahren in der Krankengeschichte wieder; bei der Feldarbeit soll Patient stets ein nasses Taschentuch auf dem Kopfe getragen haben wegen heftiger Kopfschmerzen.

Am 15. Februar 1900 wurde Patient in die Heilanstalt zu Treptow versetzt; er ist ein sehr reizbarer, unzugänglicher Kranker, der oft in unzusammenhängender Weise vor sich hinschimpft; auch hier klagt er häufig über heftige Kopfschmerzen und bindet sich den Kopf mit einem nassen Taschentuch zu. Irgendein organisches Leiden, das die andauernden Kopfschmerzen verursachen könnte, besteht nicht.

Fall III. Waldemar U., Kontorist, geb. 27. Juni 1869, erblich nicht belastet, intelligent, entwickelte sich regelrecht; erkrankte etwa Anfang der neunziger Jahre mit Gehörstäuschungen und allerhand Verfolgungsideen. Würde von einem Schweizer mit schwarzem Vollbart verfolgt, vermutete überall im Essen Gift und konnte deshalb nur in bestimmten Restaurants speisen. Wegen der Verfolgungen wanderte Patient schließlich nach Amerika aus, von wo er Mitte der neunziger Jahre zurückkehrte. 1897 wegen Diebstahls in Untersuchung genommen, wurde er als geisteskrank erkannt und am 1. Mai 1897 der Irrenanstalt zu M. überwiesen. Hier klagte Patient über erschwertes Denken und über Kopfschmerzen. „Das Gehirn verwese", er war aufgeregt und äußerte Vergiftungsideen; am 5. Januar 1898 wurde er nach der Irrenanstalt zu Ü. übergeführt. Hier klagte er andauernd über allerhand unangenehme Empfindungen und Schmerzen im Kopfe. Das Gehirn sei ruiniert, der Schädel geplatzt, er leide an Gehirnbrand, das Gehirn sei ausgedörrt usw. Am 23. Februar 1900 kam Patient nach der Irrenanstalt zu Treptow, er

zeigt fast andauernd ein gereiztes Wesen mit Neigung zu Gewalttätigkeiten und schimpft viel vor sich hin. Auch hier wiederholen sich sehr häufig ganz ähnliche Klagen wie in den anderen Anstalten: Der Schädel ist geschrumpft, das Gehirn herausgenommen, im Kopf sitzt ein Bandwurm, er wird „angeblasen“ usw. Fast ständig trägt Patient den Kopf mit einem Tuch umwickelt und bittet fast regelmäßig den Arzt während der Visite um ein Pulver gegen seine Kopfschmerzen. Noch vor kurzer Zeit, unterm 25. Mai 1908, findet sich folgendes Gespräch in der Krankengeschichte notiert:

Haben Sie Kopfschmerzen?	Ja, gräßlich, die Haare vom Schädel gefeuert mit Magnetvorrichtungen.
Seit wann Kopfschmerzen?	20 Jahre ungefähr.
Art des Kopfschmerzes?	Feuer, Feuer, Magnetfeuer.
Nachts schlimmer?	Ja, nachts drehen sie mir den Geist ab.
Sitz des Schmerzes?	Hier vorn (Stirn); es ist als ob Riesenporen im Schädel wären.
Woher die Schmerzen?	Maschinen, Magnetfeuer.
Wer macht das?	Körperschaften mit gestohlenen Maschinen.

Fall IV. Georg G., Kürassier (Schlosser), geb. 25. Juli 1886, beide Eltern sind „nervös“, entwickelte sich regelrecht, war immer heiter; trat Oktober 1907 beim Militär ein, war ein sehr guter Soldat. Etwa seit Weihnachten 1907 fiel er durch ein niedergeschlagenes, gedrücktes Wesen auf, versah seinen Dienst nicht mehr so wie früher, schlief unruhig. Am 21. Januar 1908 wurde er in das Garnisonlazarett zu P. aufgenommen. Hier erschien er gehemmt, antwortete leise und nach langem Zögern, war orientiert. Er gab an, daß er seit etwa 4 Wochen an innerer Unruhe und Angstgefühl, *Kopfschmerzen und Druckgefühl im Kopf* leide; auch in den nächsten Tagen wiederholten sich die Klagen über *Kopfschmerzen*, Patient strich dabei häufig mit der Hand über den Kopf. Am 25. Januar 1908 wurde Patient in das Garnisonlazarett zu St. übergeführt. Aus dem dortigen Krankenblatt seien folgende Notizen erwähnt:

26. Januar 1908. Klagt über *Kopfschmerzen*, streicht mit der Hand über den Kopf, äußert: „im Kopfe tut mich weh“.

27. Januar 1908. Klagt über *Kopfschmerzen*, teilnahmlos, antwortet langsam, gehemmt.

30. Januar 1908. Apathisch, klagt über *Kopfschmerzen* im Hinterkopf und über dem Scheitel.

12. Februar 1908. Klagt *oft* über *Kopfschmerzen* über der Lambdanaht.

17. Februar 1908. Schlägt sich mit der Faust gegen die Stirn, führt mit Faust und Hand reibende Bewegungen auf dem Kopfe aus.

Am 22. Februar 1908 kam Patient nach der Heilanstalt zu Treptow. Hier lag er in der ersten Zeit ganz schweigsam da, machte einen benommenen Eindruck, faßte oft mit der Hand nach seiner Stirn wie jemand, der starke Kopfschmerzen hat. Später begann Patient allerhand stereotype Bewegungen auszuführen, wiegte seinen Oberkörper stundenlang hin und her, wiederholte tagelang die Worte „Revolver, Revolver" oder „der Satan, der Satan" usw. und reagierte nicht auf Ansprechen. Seit Anfang April begann Patient wieder leise und zögernd Auskunft zu geben; er äußerte dabei wiederholt ganz spontan, daß er oft Kopfschmerzen habe, hält auch oft den Kopf mit den Händen fest. Seit etwa Mitte April stand Patient auf, war aber immer stumpf und teilnahmlos, die Klagen über Kopfschmerzen traten noch manchmal hervor. Am 2. Mai 1908 wurde Patient auf Wunsch seiner Angehörigen nach Hause entlassen, und nach einer Mitteilung des Vaters vom 27. Mai 1908 klagte G. auch noch um diese Zeit manchmal über Stiche im Hinterkopf.

Fall V. Peter D., geb. 4. April 1886. Musketier (Schlosser), erblich nicht belastet, keine Krämpfe, erkrankte während der Militärzeit mit Gemütsdepression, nahm sich alles so zu Herzen, schlief schlecht, wurde durch dunkle Gestalten geängstigt. Gab bei seiner Aufnahme im Garnisonlazarett an, er habe seit einiger Zeit Schmerzen über den Augen und im Hinterkopf, habe ein dumpfes Gefühl, als sei etwas im Kopfe, das heraus müsse, und dergleichen.

Am 6. Januar 1908 kam Patient in die Heilanstalt zu Treptow. Hier war er wenig aktiv, ging wenig aus sich heraus, blätterte viel in Zeitschriften herum oder stand müßig umher. Einige Male zerriß er plötzlich seine Sachen und verlangte seine Uniform, da er wieder zum Militär wolle; wahrscheinlich unter dem Einfluß von Gehörstäuschungen schlug er manchmal ganz plötzlich auf seine Nachbarn los. Am 10. April 1908 wurde er nach der Irrenanstalt zu Fr. übergeführt. Dieser Kranke klagte sehr oft über heftige Kopfschmerzen, derenwegen er vielfach zu Bett blieb; er gab an, es werde ihm plötzlich ganz dumpf im Kopf, wie wenn er einen Schlag bekommen hätte; der Schmerz sitze über den Augen und oben auf dem Kopfe, bei Tage sei es schlimmer als nachts. Besonders heftig waren die Kopfschmerzen am 16. März, sie begannen gegen Morgen und saßen in der linken Schädelhälfte. Patient war seit einigen Tagen außer Bett gewesen und hatte sich etwas mit Schreibarbeiten beschäftigt; am 17. März blieb er zu Bett, war sehr verstimmt, weinerlich, aß und sprach nicht. Bei diesem Patienten war es überhaupt besonders auffallend, wie Schwankungen in seinem psychischen Befinden sich mit Kopfschmerzen einleiteten oder von solchen begleitet waren.

Fall VI. Willy M., Handlungsgehilfe, geb. 8. Mai 1882, erblich nicht belastet, entwickelte sich regelrecht, war intelligent. Patient erkrankte im Alter von 22 Jahren mit lebhaften Sinnestäuschungen und Verfolgungsideen (hörte Stimmen durch die Wände und durch die Decke, hielt das Essen für vergiftet), machte Eingaben an die Behörden, in denen er um Beseitigung der betreffenden Stimmen ersuchte. Am 20. Februar 1905 wurde Patient in die Anstalt zu Treptow aufgenommen. Hier entwickelte er massenhafte körperliche Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen, daneben bestehen Größenideen und Sinnestäuschungen in wechselnder Stärke. Patient ist meist gereizt, zeigt manirierte Schreib- und Sprechweise, Stereotypien in Haltung und Bewegung. Dieser Kranke klagt seit seiner Aufnahme bis heute sehr häufig über Kopfschmerzen, die über den Augen und in den Schläfen sitzen und zum Teil einen sehr heftigen Charakter annehmen, zum Teil sich in allerhand unangenehmen Sensationen äußern, die der Kranke mit ganz auffallenden Namen belegt: er wird „gelüftdruckt", „geprokoppt", „geschäbelt", daneben kommen Klagen, daß seine Stirn 5 cm schmäler geworden sei, daß sein Kopf immer kleiner werde und dergleichen, häufig bindet sich der Kranke gegen die Schmerzen ein Tuch um den Kopf.

Fall VII. Andreas P., Landwirt, geb. 1. Juli 1882, erblich nicht belastet, entwickelte sich regelrecht, lernte gut und kam bis Prima. Nach dem Verlassen des Gymnasiums machte sich eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten, verbunden mit gemütlicher Abstumpfung und Gemütsreizbarkeit, Energielosigkeit und Unbeständigkeit, bemerkbar, so daß P. nicht imstande war, sich einen festen Beruf zu gründen. Gleichzeitig klagte P. während der letzten Jahre häufig über Kopfschmerzen und Kopfdruck, er hatte das Gefühl, als ob „im Kopfe alles verklebt" sei, ließ sich deshalb das Haar immer kurz schneiden und rieb sich die Kopfhaut mit Borsalbe ein. September 1906 kam P. in die hiesige Anstalt. Hier war er immer gleichgültig und energielos, mitunter auch leicht reizbar; er klagte oft über Kopfschmerzen und über das Gefühl des „Verklebtseins". Nachdem er am 5. Juli 1907 entwichen war, kehrte er am 9. Juli 1907 freiwillig in die Anstalt zurück und bat um Aufnahme, da er an Schwindelgefühlen und Kopfschmerzen leide. In der Folgezeit beschäftigte er sich mit Gartenarbeiten, blieb aber oft auf der Station zurück wegen Kopfschmerzen. Am 13. Oktober 1907 wurde er auf Wunsch der Angehörigen entlassen. Am 27. Januar 1908 kam er wieder in die Anstalt; er gab an, daß er in der Zwischenzeit versucht habe, sich als Schreiber zu beschäftigen, er habe aber nur wenig leisten können, da er immer sehr viel Kopfschmerzen habe, hauptsächlich im Hinterkopfe, das sei „ein Stechen wie mit feinen Nadeln". P. wird jetzt hier auf dem Wirtschaftshofe beschäftigt, er macht schon einen geistig recht schwachen Eindruck, klagt aber noch öfter über Kopfschmerzen und über das Gefühl, „als ob unter der Kopfhaut etwas ausgegossen sei".

Den eben angeführten Krankheitsgeschichten könnte ich noch eine ganze Reihe sehr charakteristischer Fälle hinzufügen, ich möchte mich aber darauf beschränken, hinzuweisen, daß der Kopfschmerz ein überaus häufig vorkommendes Symptom bei der Dementia praecox ist, ja daß wir den Kopfschmerz kaum bei einem mit dieser Krankheit Behafteten vermissen, und es war für mich anfänglich, als ich meine Untersuchungen in dieser Richtung anstellte, geradezu verblüffend, wie ich auf meine Fragen nach früher oder zurzeit noch vorhandenen Kopfschmerzen fast stets eine bejahende Antwort erhielt.

Wenn nun aber der Kopfschmerz bei der Dementia praecox so sehr häufig ist, warum hören wir dann im allgemeinen so auffallend wenig darüber von unseren Kranken? Die Gründe hierfür scheinen mir mancherlei. Erstens brauchen die Schmerzen ja nicht immer gleich so erheblich zu sein, daß sie die Kranken wegen ihrer Stärke gewissermaßen geradezu zur Klage zwingen. In vielen Fällen wird es sich nur um mildere Grade des Schmerzes handeln, der sich mehr als lästiges Druckgefühl, als ein „Eingenommensein" des Kopfes oder dergleichen kundgibt. Sodann verhindert der jeweilige Zustand der Kranken sie sicherlich oft genug an einer spontanen Äußerung des Schmerzes. Sie sind entweder benommen oder gehemmt oder verwirrt oder überhaupt viel zu indolent, um zu klagen, und wir sehen sie ja oft genug auch alle möglichen anderen körperlichen Schmerzen ertragen, ohne daß ein Wort der Klage über ihre Lippen kommt. Auch dann, wenn sie in eine bessere Zeit, in eine Remission hineinkommen, klagen sie, wie ich mich oft genug überzeugt habe, nicht von selbst über gehabte oder noch vorhandene Schmerzen, man muß sie direkt danach fragen. Andere Kranke wiedrum deuten es wohl an, daß sie Kopfschmerzen haben, sie tun dies aber nicht direkt, sondern gewissermaßen in einer umschriebenen Form, indem sie den Kopfschmerz zum Ausgangspunkt, zum Kern verschiedener Wahnvorstellungen machen. In Äußerungen: daß das Gehirn ausdörre, daß der Kopf schrumpfe, daß die Kopfhaut abgehoben werde und dergleichen, haben wir sicherlich in vielen Fällen nichts anders als den Ausdruck einer wahnhaft umgedeuteten Schmerzempfindung zu suchen. Schließlich zeigen uns andere Kranke in ihrem Verhalten, daß sie an Kopfschmerzen leiden; sie greifen zu Schutzmitteln, wie sie auch der geistig Gesunde zuweilen

anwendet. Sie umwickeln den Kopf mit einem Taschentuch; andere halten den Kopf mit ihren Händen fest, schlagen sich den Kopf mit der Faust, scheuern sich den Kopf wund, legen ihn zur Kühlung an die Wand und dergleichen. So sehen wir, daß die Gründe, warum wir von unsern Kranken so selten direkte Klagen über Kopfschmerzen hören, sehr vielfältig sind, wir sehen dann ferner aber auch, daß wir aus dem Verhalten und aus verschiedenen Äußerungen der Kranken mit Leichtigkeit auf das Vorhandensein von Kopfschmerzen schließen können; der sicherste Weg wird freilich immer das direkte Befragen bleiben.

Da auf dem großen Gebiete der Dementia praecox nach *Kraepelin* die drei Untergruppen der Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides unterschieden werden, so dehnte ich meine Beobachtungen dahin aus, ab etwa bei einer von diesen Unterformen der Kopfschmerz häufiger wäre als bei einer andern, oder ob etwa jeder der Untergruppen eine besondere Art des Kopfschmerzes eigen sei; ich habe jedoch nach dieser Richtung keine auffallenden Unterschiede gefunden, was wohl zum Teil auch damit zusammenhängt, daß die Grenzen zwischen den drei Unterarten der Dementia praecox recht flüssige sind. Nur will es mir scheinen, daß der Kopfschmerz in den Fällen besonders häufig war, wo außerdem noch über Schmerzen oder sonstige Sensationen in den anderen Körperteilen geklagt wurde.

Auch bezüglich des genaueren Sitzes der Kopfschmerzen habe ich keine Gesetzmäßigkeit finden können. Die Kranken lokalisierten ihren Schmerz in den verschiedensten Teilen des Kopfes, häufig war sogar bei ein und demselben Kranken der Sitz des Schmerzes zu den verschiedenen Zeiten ein anderer. Mit am häufigsten wurde der Schmerz in die Gegend über den Augen verlegt, und die Klagen, daß die Augen weh tun, kehrten recht oft wieder. Sehr häufig wurde auch das Hinterhaupt als Sitz des Schmerzes bezeichnet.

Was die Art und Stärke des Schmerzes anlangt, so finden wir auch hier die verschiedensten Angaben. Der Schmerz wird als Bohren, Stechen, Hämmern geschildert, zuweilen bereitet er nur das Gefühl leichten Unbehagens, zuweilen aber erreicht er die stärksten Grade bis zur Unerträglichkeit, so daß die Kranken in Stöhnen und lautes Schreien ausbrechen. Oft nimmt der Schmerz auch, wie bereits oben angedeutet, die Form von eigenartigen Sensationen an: „es ist,

als ob Wasser im Schädel wäre, es kluckert im Kopfe, die Kopfhaut wird abgehoben, es ist etwas unter der Kopfhaut ausgegossen, es geht immer rauf und runter im Kopfe, der Schädel wird kleiner, der Kopf wird zusammengeholt" und dergleichen.

Berücksichtigen wir nun die Krankheitsdauer bei den zur Beobachtung gelangten Fällen, so läßt sich sagen, daß bei frischen Erkrankungen das Symptom des Kopfschmerzes fast nie gefehlt hat. Aber auch in den älteren und sogar ganz chronischen Fällen habe ich ihn oft genug mit unverkennbarer Deutlichkeit auftreten sehen. Die Verlaufsart war in der Regel die, daß in den akuten Erkrankungsfällen die Kopfschmerzen, die fast immer schon vor Ausbruch der stürmischeren Krankheitszeichen auftraten, auf der Höhe der Erkrankung anhielten und dann mit dem Nachlassen der Krankheitserscheinungen auch mehr in den Hintergrund traten. Bei länger beobachteten Fällen ließ sich öfter ein deutlicher Parallelismus zwischen Kopfschmerzen und dem Grade der sonstigen Krankheitserscheinungen feststellen in dem Sinne, daß Exazerbationen des Krankheitsprozesses auch von neuem von Kopfschmerzen eingeleitet und begleitet wurden. Als Beleg dienen unter den oben angeführten Krankheitsgeschichten Fall I und V. Besonders lehrreich ist aber in dieser Hinsicht ein seit etwa 7 Jahren in unserer Anstalt behandelter Kranker mit Dementia praecox, bei dem die Krankheit in einzelnen Schüben verläuft, und wo jede neue Erregung nach eigener Angabe des Kranken sich mit Schwindelgefühl und Kopfschmerzen einleitet, die dann auch während der heftigeren Erscheinungen anhalten.

Selbst in ganz chronischen Fällen (Fall III) sah ich zuweilen das Auftreten von Kopfschmerzen mit größerer Reizbarkeit und Neigung zu heftigerem Schimpfen verknüpft, andermal war freilich ein innerer Zusammenhang zwischen Kopfschmerz und Krankheitsverlauf nicht zu erkennen.

Wir wenden uns nun zur Frage nach der Ätiologie der hier besprochenen Kopfschmerzen. Schon in der Einleitung ist erwähnt, daß alle Fälle, bei denen Alkohol, Lues oder ein Trauma in der Anamnese erwähnt waren, von der Betrachtung von vornherein ausgeschlossen waren. Es wurde dann der Beschaffenheit der inneren

Organe, deren Erkrankung erfahrungsgemäß Kopfschmerzen verursachen kann, die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt. In erster Linie wurde dabei naturgemäß an die Möglichkeit eines organischen Hirnleidens gedacht, sodann wurden Nieren, Herz- und Gefäßsystem auf ihre Beschaffenheit untersucht, es wurden die Funktionen von Magen und Darm geprüft, und ebenso wurde auf das etwaige Vorhandensein einer fieberhaften Krankheit, von Migräne, Neuralgien und starken Graden von Anämie geachtet. Es würde uns zu weit führen, wollten wir für jede einzelne der angeführten Möglichkeiten die Differentialdiagnose ausführlich besprechen, ich muß mich begnügen, darauf hinzuweisen, daß in jedem einzelnen Falle mit voller Gewissenhaftigkeit nach den oben angedeuteten Richtungen hin geforscht wurde, ohne daß es jedoch gelungen wäre, eine Ursache für die jeweils vorhandenen Kopfschmerzen zu finden, und es blieb demnach per exclusionem nur die Möglichkeit, daß die Kopfschmerzen mit der vorhandenen Geisteskrankheit selbst, d. h. also mit der Dementia praecox, zusammenhängen. Wenn wir aber diesen Zusammenhang annehmen, dann bleibt noch die Frage offen, was denn die unmittelbarste Ursache der Kopfschmerzen ist, wie und wo sie sich abspielen und was für Kopfschmerzveränderungen — um mit *Möbius* [1]) zu reden — wir finden oder zu vermuten haben. *Runge* [2]) erklärte den Kopfdruck und die Kopfschmerzen, die er bei Geisteskranken vorfand, als Folge von Zirkulationsstörungen mit Druck auf die Nerven beim Austritt aus dem Schädel. Es bliebe dann aber wieder noch nachzuweisen, wodurch die Zirkulationsstörungen ihrerseits bedingt sind, denn wir können doch nicht eine primäre Zirkulationsstörung im Schädel ohne jede Ursache annehmen. *Snell* sagt in seiner 1884 erschienenen Dissertation „Über Empfindungen von Schmerz und Druck im Kopfe als Krankheitssymptom im Beginn und Verlauf des primären Wahnsinns“: „Der primäre Wahnsinn ist eine so schwere und dauernde Störung, daß es hier vielleicht näher liegt, anzunehmen, auch der Kopfschmerz beruhe auf einer Alteration im Ablauf des Nervenprozesses selbst. Wie wir uns dies zu denken haben, darüber fehlt uns jede Vorstellung.“

---

[1]) *Möbius*, Über den Kopfschmerz; Halle 1902, pag. 9.

[2]) Archiv für Psychiatrie, Bd. 6, pag. 641.

Seit einigen Jahren wird vielfach die Anschauung geteilt, daß wir es bei der Dementia praecox mit einem endogenen Krankheitsprozeß zu tun haben, der auf Veränderungen im Nervensystem beruht, die auf eine Selbstvergiftung zurückgehen, und es erscheint mir annehmbar, daß der Kopfschmerz bei der Dementia praecox in der Tat durch ein im Körper entstandenes Gift hervorgerufen wird, und ich sehe gerade in dem Kopfschmerz eine Stütze für diese Theorie der Selbstvergiftung.

Wir hätten dann ein Analogon zu vielen anderen uns bekannten Vorgängen, wo ein in den Kreislauf gelangtes Gift das Zentralnervensystem zum Angriffspunkte macht und in ihm Veränderungen schafft, die neben mancherlei anderen Erscheinungen auch den Kopfschmerz verursachen. Daß bei der Dementia praecox im Zentralnervensystem sich sehr wahrscheinlich auch anatomische Veränderungen abspielen, dafür spricht nach den neueren Untersuchungen das Vorkommen von mancherlei körperlichen Störungen, die wir bisher vornehmlich nur den sogenannten organischen Hirnerkrankungen zuzuschreiben gewohnt waren. Ich erinnere hierbei an die von *Bumke*, *Hübner* u. a. festgestellten Pupillenveränderungen bei Dementia praecox, und *Jahrmärker* [1]) fand in Fällen von Dementia praecox Pupillendifferenzen. Störungen in der Funktion der äußeren Augenmuskeln, Differenzen in der Innervation der Gesichtsmuskulatur, Vibrieren derselben, Zähneknirschen, Stocken der Sprache, Steigerung der Patellarreflexe, Blasenstörungen, Ohnmachts-, Schwindel- und epileptiforme Anfälle usw.

Wenn wir aber schon beim Lebenden Erscheinungen antreffen, die uns auf irgendeinen anatomischen Veränderungsprozeß im Zentralnervensystem hinweisen, dann müssen sich namentlich dann, wenn der Prozeß längere Zeit dauert, auch nach dem Tode entsprechende Befunde ergeben. Ich will hier nicht auf die Frage nach mikroskopischen Veränderungen in der Hirnrinde bei Verstorbenen mit Dementia praecox eingehen, ich möchte zum Schluß nur noch erwähnen, daß ich unter 36 in unserer Anstalt verstorbenen Kranken mit Dementia praecox bei 25 Veränderungen in Form von Verwachsungen und

[1]) *Jahrmärker*, l. c. pag. 15.

Trübungen der Hirnhäute und erheblicher Verdickung des Knochens bis zu 1 cm gefunden habe. Das deutet doch entschieden auf irgendeinen chronischen Reizzustand im Bereich des Kopfes hin, als dessen am Lebenden sich kundgebendes Symptom wir den Kopfschmerz auffassen müssen. Betonen möchte ich wieder, daß ich auch bei diesen Untersuchungen sorgfältig darauf achtete, daß Alkohol, Lues oder Trauma in der Anamnese sich nicht vorfanden.

Ich fasse das Ergebnis meiner Beobachtungen in die Sätze zusammen:

1. Der Kopfschmerz ist ein sehr häufiges Symptom nicht nur im Beginn, sondern auch im Verlauf der Dementia praecox.

2. Der Kopfschmerz zeigt bei der Dementia praecox häufig ein remittierendes und exazerbierendes Verhalten. Er kommt und geht vielfach mit den katatonischen Erregungszuständen.

3. Die Tatsache des Kopfschmerzes ist eine Stütze für die Theorie, daß die Dementia praecox ein auf einer Selbstvergiftung beruhender Krankheitsprozeß ist.

Beitrag zur Differential-Diagnose des katatonischen und hysterischen Stupors.[1])

Von

Kurt Löwenstein, Vol.-Arzt.

Nachdem früher in der Psychiatrie die Einteilung und Abgrenzung der Krankheiten nach den einzelnen Zustandsbildern, die die Kranken darboten, vorgenommen wurde und so mit der Feststellung des jeweiligen Symptomenkomplexes auch die Diagnose gestellt war, hatte der Fortschritt unserer Wissenschaft bald gelehrt, daß es das hauptsächliche Bestreben sein muß, Krankheitsformen nach der pathologischen Anatomie, der Ätiologie und dem gesamten klinischen Verlauf von Anfang bis zu Ende, vom Ausbruch der psychischen Veränderung bis zum Ausgang, sei es in Tod oder endgültige Heilung, aufzustellen und voneinander abzugrenzen. Dabei bietet nun das Vorkommen des gleichen Symptomenkomplexes bei verschiedenen dieser festgesetzten Krankheitsbilder oft erhebliche differential-diagnostische Schwierigkeiten und stellt uns vor die Aufgabe, nach feineren Kennzeichen für die Zugehörigkeit zu der einen oder anderen der aufgestellten Formen zu suchen. Besondere Schwierigkeiten hat dabei immer die Unterscheidung hysterischer Zustände von scheinbar ganz gleichen. bei anderen Psychosen vorkommenden geboten. Dieser eben genannten Aufgabe will ich mich nun für einen speziellen Fall unterziehen und im Anschluß an die Krankengeschichte eines von mir beobachteten Kranken die differential-diagnostischen Momente besprechen, die für die Unterscheidung eines Stupors, wie er gewöhnlich bei der Katatonie beobachtet wird, als eines katatonischen oder eines hysterischen in Betracht kommen.

Unter Stupor ist dabei verstanden ein Zustand, in dem die Reaktionen der Kranken auf die Reize der Außenwelt herabgesetzt oder

[1]) Aus der städt. Irrenanstalt Herzberge (Dir. Geh.-R. Prof. Dr. *Moeli*).

aufgehoben sind, in dem sie zu den einfachsten Entschlüssen unfähig sind. Dabei sei noch dahingestellt, wie dieser Zustand zustande gekommen ist, d. h. ob es sich nach der Unterscheidung von *Kraepelin* [1]) um eine psychomotorische Hemmung, d. h. „jeder einzelne Antrieb wird durch innere Widerstände gehemmt", oder um eine Sperrung, d. h. „jeder Antrieb löst sofort einen Gegenantrieb aus, der mindestens ebenso stark, öfters sogar weit kräftiger ist" — so ist es nach *Kraepelin* bei der Katatonie — handelt.

Der Begriff Katatonie wird von mir in der Bedeutung, die ihm *Kraepelin* gegeben hat, angewendet werden. *Kahlbaum* [2]), der das Krankheitsbild Katatonie überhaupt geschaffen hat, versteht unter ihr „eine Gehirnkrankheit mit zyklisch wechselndem Verlauf (Melancholie, Manie, Stupeszenz, Verwirrtheit und schließlich Blödsinn), bei der neben den psychischen Symptomen Vorgänge in dem motorischen Nervensystem mit dem allgemeinen Charakter des Krampfes als wesentliche Symptome erscheinen". Während ein Teil der Autoren noch heute an dieser Definition festhält, hat *Kraepelin* das vierteilige Einteilungsschema *Kahlbaums* aufgegeben und die Katatonie mit in die große Gruppe der Dementia praecox aufgenommen; er definiert sie nun als eine Krankheit, bei der es sich „um das Auftreten eigentümlicher, meist in Schwachsinn ausgehender Zustände von Stupor oder Erregung" [3]), die er näher charakterisiert, handelt. Diese Krankheitsbilder dürften im allgemeinen denjenigen entsprechen, die zum Beispiel *Ziehen*, der die Katatonie noch im Sinne *Kahlbaums* definiert und so als seltene Krankheit erklärt, als die katatonische Varietät seiner Dementia hebephrenica beschreibt.

Sehr weit gehen nun die Ansichten über die hysterischen Geistesstörungen auseinander. Auf der einen Seite werden sie nur eine Komplikation der Neurose: Hysterie genannt. *Möbius* will „abgesehen von den mit dem Anfalle verknüpften Delirien von einem eigentlichen hysterischen Irresein nicht reden" [4]), und *Nissl* verlangt, um die Psychose eine hysterische nennen zu können, den Nachweis der Hysterie

---

[1]) *Kraepelin*, Lehrb. d. Psychiatrie, 1903, I, S. 271.

[2]) *Kahlbaum*, die Katatonie. 1874. S. 87.

[3]) l. c. S. 209 in Bd. II.

[4]) *Möbius*, Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 1895, I.

vor und während der Psychose und nach ihrem Ablauf [1]). Auf der anderen Seite wird der Versuch gemacht, gewisse, aus dem sogenannten hysterischen Charakter abgeleitete Momente als ausschlaggebend für die Diagnose: hysterische Geistesstörung hinzustellen. *Binswanger* meint: „Wir sind nur dann in der Lage, die Geistesstörung als eine hysterische zu bezeichnen, wenn sie direkt aus unzweifelhaft hysterischen Krankheitsmomenten (vor allem aus den affektiven Störungen hervorgegangen ist" [2]). *Raecke* verlangt, daß „die psychischen Momente keine zufällige Komplikation bilden, sondern sich als direkte Ausflüsse des hysterischen Krankheitsprozesses darstellen; ferner muß es sich um rein funktionelle Prozesse handeln, die an sich keinen Defektzustand herbeiführen" [3]). Für meine folgenden Betrachtungen werde ich mich der Definition anschließen, die *Raimann* in seiner Monographie gibt: „Der veränderte Seelenzustand muß sich aus dem hysterischen Charakter ableiten lassen", insbesondere „muß man verlangen, daß die hysterischen Psychosen sich als beeinflußbar erweisen, als abhängig von der Außenwelt; in glücklichen Fällen sei es möglich, darzutun, wie aus Erinnerungen und Vorstellungen, welche den Bewußtseinsinhalt beherrschen, die ganze Psychose herauswächst; außerdem müssen die hysterischen Psychosen von begrenzter Dauer sein und dürfen niemals in einen Defektzustand übergehen" [4]).

Ich wende mich nun zu der vorhandenen Literatur über den hysterischen Stupor und seine differential-diagnostische Bedeutung gegenüber der Katatonie. Der erste, der davon handelt, ist *Schüle.* Er nennt als eine der Formen des hysterischen Irreseins den hysterischen Wahnsinn. Bei diesem unterscheidet er sieben Typen, deren einer das Symptomenbild des katatonen Wahnsinns — dieser *Schüle*sche Begriff ist ein viel engerer als der der *Kraepelin*schen Katatonie; die von *Schüle* hierher gerechneten Fälle gehören aber in den Rahmen der letzteren — darbietet, und zwar entweder als dessen dämonomanische Form oder als halluzinatorischer Stupor. Für diesen halluzinatorischen Stupor von hysterischem Charakter hält er einen „außerordentlichen Polymorphismus von jäh ineinander umspringenden klinischen Zustandsformen und eine starke Begleitung

[1]) *Nissl,* hyst. Sympt. b. einf. Geistesstörungen, Centralblatt für Nervenheilk. 25.

[2]) *Binswanger,* die Hysterie, 1904. S. 761.

[3]) *Raecke,* z. Lehre v. hyster. Irresein, Archiv f. Psychiatrie, Bd. 40, S. 172.

[4]) *Raimann,* d. hyst. Geistesstörung 1904, S. 7 u. 275.

von motorischen Krampferscheinungen" [1]) für charakteristisch. Eine nähere differential-diagnostische Angabe gegenüber dem katatonen Wahnsinn findet sich aber bei ihm nicht.

Binswanger geht auf die hysterischen Geistesstörungen nur ganz kurz ein, er handelt aber über den hystero-kataleptischen Anfall, auf den weiter unten näher eingegangen werden soll.

Ziehen erwähnt ausdrücklich, daß bei Hysterie typische Stuporzustände mit katatonischer Spannung vorkommen [2]); eine Besprechung dieser Zustände findet sich aber nicht bei ihm.

Kraepelin bemerkt bei der Besprechung der Katatonie, daß die Gefahr einer Verwechselung mit hysterischen Zuständen sehr nahe liege, und kennzeichnet das defekte Gebahren der Katatoniker gegenüber der Findigkeit und Überlegenheit der Hysterischen. Auch er macht keine weiteren differential-diagnostischen Bemerkungen.

Cramer bemerkt, daß die Differential-Diagnose zwischen Hysterie und Jugendirresein oft schwierig sei. Er meint: „Je nachdem die Erscheinungen der Hysterie oder des Jugendirreseins prävalieren, wird man bald von einem hysterischen Irresein bei einem jugendlichen Individuum, bald von einem Jugendirresein, kompliziert durch Hysterie, sprechen müssen" [3]). Ich möchte dazu bemerken, daß natürlich ein Hysterischer eine Katatonie bekommen kann, und daß die katatonischen Erscheinungen dadurch eine gewisse hysterische Färbung erhalten können; umgekehrt kann auch ein hysterisches Irresein ganz unter dem Bilde der Katatonie verlaufen, wie wir unten des näheren sehen werden. Man wird sich aber nicht damit begnügen dürfen, die Diagnose danach zu stellen, welche Erscheinungen prävalieren, sondern man wird die Wesensverschiedenheit der beiden Krankheiten nie vergessen dürfen und an der Notwendigkeit der Erklärung des vorhandenen Symptomenkomplexes, so z. B. des Stupors, als eines Ausdruckes der Dementia praecox oder der hysterischen Erkrankung festhalten müssen. Man wird deswegen im einzelnen Falle nach Momenten, die diese Unterscheidung erlauben, suchen müssen; welche Momente dafür in Betracht kommen, soll unten besprochen werden.

Raimann unterscheidet bei den akuten hysterischen Psychosen, abgesehen von den Delirien und Dämmerzuständen: manische, melancholische und stuporöse. Er sagt: „Die Stuporzustände sind als hysterische dadurch charakterisiert, daß sie einen gewissen Zug der Unaufrichtigkeit tragen, daß das Verhalten der Kranken sehr merklich von der jeweiligen Umgebung und von äußeren Eindrücken abhängt" [4]). Er beschreibt dann einen Fall, in dem ein stuporöser Zustand vorhanden war, der aber nur einen

---

[1]) *Schüle*, klin. Psychiatrie, 1886, S. 247.

[2]) *Ziehen*, Psychiatrie, 1902, S. 158.

[3]) *Cramer* in *Binswanger-Siemerling*, Lehrb. d. Psychiatrie 1907.

[4]) l. c. S. 112.

Tag dauerte und von vollkommener Amnesie gefolgt war. An anderer Stelle schreibt er, daß die Differential-Diagnose schwierig sei, daß dem katatonischen Stupor allerlei Wahnideen und Symptome von Verwirrtheit. der Hysterie ihr Charakter vorangehe. Der längste, sicher hysterische Fall dürfe 5—6 Wochen stuporös dagelegen sein [1]). Einen typischen Stuporfall, wie wir ihn unten beschreiben werden, hat er scheinbar nicht gesehen.

Von der Einzelliteratur sind außer einer Arbeit von *Jung* [2]), die aber für uns nicht in Betracht kommt, da es sich um die Besprechung eines Ganser-Dämmerzustandes handelt, der, wie er selbst schreibt, nur ein stuporähnliches Stadium hat, die Arbeiten von *Kaiser* und *Raecke* zu besprechen.

Kaiser bespricht in seiner Arbeit über die Differential-Diagnose der Katatonie und Hysterie einen Fall, seinen dritten, den er Hysterie mit katatonischen Stuporzuständen nennt. Der Stupor bietet ein für Katatonie durchaus klassisches Bild, entstand aber plötzlich, dauerte 3½ Jahre lang und verschwand plötzlich. Er war beeinflußbar durch Vorstellungen, nachher bestand keine Spur einer geistigen Schwächung. *Kaiser* bezeichnet die Kranke als ein psychogen veranlagtes, hysterisches Individuum und faßt den Fall als „eine Hysterie auf, auf deren Boden sich vorübergehend ein katatonischer Symptomenkomplex entwickelt hat". Er zieht daraus den Schluß, daß „bei einer Hysterie katatonische Erscheinungen auftreten und dadurch die Diagnose zu einer schwierigen gestalten können" [3]).

Raecke beschreibt fünf Fälle von hysterischem Stupor bei Strafgefangenen, von denen zwei länger dauernde stuporöse Zustände hatten, während die übrigen nur kurze stuporähnliche Phasen, zum Teil in Verbindung mit Ganser-Dämmerzuständen hatten. Als hysterische Symptome schildert er das affektierte Gebahren, die starke Beeinflußbarkeit durch äußere Momente, das schnelle Schwinden aller Symptome. „Eine eigentliche Flexibilitas cerea findet sich nicht, aber ein gewisser Spasmus in der Muskulatur mit federndem Widerstand. Bei längerem Bestehen stellen sich regelmäßig freiere Zwischenzeiten ein. Nachher bleibt reizbare, mißtrauische Stimmung und Neigung zum Läppisch-Manirierten und eine überraschend tiefe Amnesie zurück." [4]) Die Diagnosenstellung war bei seinen Fällen durch dabei vorhandene hysterische Lähmungen und Sensibilitätsstörungen und zum Teil durch anschließende Ganser-Zustände eine leichtere. *Nissl* hat dann die *Raecke*sche Arbeit scharf kritisiert [5]). Ohne auf den

[1]) l. c. S. 291.

[2]) *Jung*, Journ. f. Psychol., 1902, S. 110.

[3]) *Kaiser*, Beitr. z. Diff.-Diagn. d. Hyst. u. Katat., Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 59, S. 81.

[4]) *Raecke*, hyst. Stupor b. Strafgefangenen, Allg. Zeitschrift f. Psych. Bd. 58, S. 444.

[5]) *Nissl*, l. c.

Streit, der sich daraus entsponnen hat, eingehen zu wollen, möchte ich nur bemerken, daß allerdings *Nissl* zuzugeben ist, daß die von ihm angeführten Momente (Verlauf, Ausgang, Vorhandensein des hysterischen Charakters, andere hysterische Stigmata) die Diagnose hätten sichern können, daß aber durch ihr Fehlen jedenfalls in keiner Weise bewiesen ist, daß es keine Hysterien waren. Über den Verlauf der Fälle teilt übrigens *Raecke* später selbst mit, daß sie nicht verblödet sind. Ich glaube auch, *Raecke* ist nicht, wie *Nissl* meint, so zu verstehen, daß er den Stupor als das die Hysterie Beweisende hinstellt, sondern so, daß die verschiedenen von ihm aufgezählten Momente, derentwegen er gerade in diesen Fällen den Stupor für einen hysterischen hält, das für ihn Ausschlaggebende sind. Später schreibt übrigens *Raecke* an anderer Stelle selbst, daß „eine sichere Abgrenzung des hysterischen Stupors vom katatonischen nicht immer gelingt“ [1]).

Ich komme nun zu der Krankengeschichte unseres Falles, die im Auszuge, an den wesentlichen Stellen wörtlich, wiedergegeben ist; die Anamnese hat der Patient in der anfallsfreien Zeit teils selbst niedergeschrieben, teils erzählt.

Krankengeschichte. — Der Patient ist im Jahre 1857 geboren; sein Vater war Regierungsrat, soll Hypochonder gewesen sein; die Mutter sei hysterisch. Eine Schwester hat Selbstmord begangen; eine andere wurde Diakonissin, weil sie „den Kampf ums Dasein nicht führen konnte“. Einen Bruder ließ die Mutter, nachdem er von der Berliner Pepiniere verwiesen war, Schlosser werden; unser Patient half ihm entlaufen; der Bruder wurde später im Duell erschossen. Der Patient besuchte ein Gymnasium bis zur Ober-Sekunda mit Erfolg, kam dann zu einem Bankier in die Lehre; dann ging er, als er keine passende Stellung erhalten konnte, nach Amerika. Dort arbeitete er als gewöhnlicher Arbeiter. Er wurde dann viel und weit umhergetrieben, war fast immer als Kohlenzieher beschäftigt. Er hat dann oft ohne Erfolg in Deutschland versucht, Arbeit zu bekommen, und ist mehrere Male in Arbeiterkolonien gekommen. Er lernte während dieser Zeit vier fremde Sprachen. Er will immer gut gearbeitet haben, sich aber nie mit seinen Kollegen haben stellen können, und behauptet, oft weniger Lohn bekommen zu haben als die anderen und als er verdient hatte. Er habe immer gemeint, daß die Leute über ihn lachten, habe leicht Mißtrauen gehabt und sei am liebsten allein gewesen. Er wollte oft Selbstmord begehen, hatte aber nicht den Mut dazu; nur als er während der Cholerazeit in Hamburg war, trank er dort das Wasser, um sich anzustecken. Nachdem er wegen Betteln und Obdachlosigkeit im ganzen sechsmal bestraft war, wurde er dann schließlich in Berlin am 9. Februar 1906 wegen Obdachlosigkeit, nachdem er sich, wie gerichtlich festgestellt wurde, mehrfach um Arbeit und Unterkommen bemüht hatte, in Untersuchungshaft genommen.

[1]) *Raecke*, Archiv f. Psychiatrie, Bd. 40, S. 210.

Dort erkrankte er und wurde dann am 20. Februar 1906 auf Grund folgenden Attestes in die Irrenanstalt Herzberge aufgenommen: „Der.... (Patient) ...... ist an hochgradiger Geistesstörung erkrankt, er bekommt Angstzustände, in welchen ihm Ideen kommen, daß er einen Mord verüben müsse oder sonstige anarchistische Verbrechen. Er bekommt Wein- und Schreikrämpfe, in denen er nicht weiß, was er tut, dazwischen sitzt er vor sich hinbrütend da und schreckt zusammen beim Ansprechen." In einem selbstgeschriebenen Lebenslauf beschreibt er später die Vorgänge in der Haft folgendermaßen: „....... Ich fing an zu beten und hatte große Angst und kriegte Halluzinationen, die so schrecklich waren, ich geniere mich, sie zu beschreiben. Ich glaubte, ich würde hingerichtet werden usw. Ich roch auch Leichengeruch und glaubte reden zu hören; das ist mir später klar geworden, daß das unmöglich war, ich habe auch gesehen, was nicht möglich ist. Ich habe auch einmal eine Stimme wie ein kleines Kind bekommen und fing einmal, wie ich Schreikrämpfe hatte, an zu stottern, ich muß nach B-B-B-Bielefeld. Ich habe auch, obgleich ich doch sonst ein ganz ruhiger Mensch bin und immer ruhig bleiben wollte, ganz von selber Mordgedanken gehabt .... Als ich später isoliert wurde, hatte ich solche Unruhe, daß ich mir ein Tuch naß um den Kopf band und Angst hatte, die Augen zuzumachen, um nicht Bilder zu sehen. Dann fing ich an zu zischen, s, s, s, s usw., dann rief ich kollossal, pyramidal, wiederholte dies so oft und anderes auch, lachte immer, rief, es ist ja nur Verstellung, und lachte wieder .... Ich wagte nicht, das Oberlicht zu betrachten, da ich dort ein grinsendes Gesicht zu sehen glaubte."

In der Irrenanstalt ergab am 22. Juni sowohl die körperliche Untersuchung, wie die Intelligenzprüfung keinerlei Abweichung von der Norm. Anamnestisch werden Trunk, Geschlechtskrankheiten und Trauma in Abrede gestellt. Als Kind hatte er oft Schrei- und Weinkrämpfe und mußte dabei „Worte schreien, die gar keinen Sinn hatten". Diese Schreikrämpfe will er in der letzten Zeit vor seiner Gefangennahme öfters auf der Straße gehabt haben. Sonst will er, abgesehen von einer Bauchfellentzündung im Kindesalter, nie krank gewesen sein. — Er glaubt selbst, alles, was er in der Haft getan hat, in krankhafter Störung getan zu haben.

16. März 1906. Der Patient kniet bei der Visite auf dem Fußboden, glaubt, daß er sterben müsse. Gefragt, weswegen er soviel spricht und jammert, antwortet er, daß er es müsse. Tut dann wieder so, als wenn er schlafe, kneift die Augen zu. — Steht im Kastenbett und hält eine lange, wohlkomponierte Rede mit religiös-pathetischem Inhalt, spricht in langen, aber gut gebauten Satzperioden, verliert den Faden nicht. Stimme, Mimik und Gesten theatralisch. Anrede des Arztes ohne Einfluß auf das Predigen. Neigung zu prononciert sinnlosem Betonen einzelner Silben, zum Dehnen von Vokalen, z. B. „Weí....eiche von hín....nen Satanå...as, der du mich verführen willst, von meí.....einem Gott abzulá.....asssen". — 17. März. Heute ruhig, geordnet. „Ich habe so die Unruhe, ich glaube,

daß ich religiös wahnsinnig werde." Erinnert sich an seinen gestrigen Zustand, habe geglaubt, den Teufel zu hören, Ref. für den Teufel gehalten, „dann habe ich immer gebetet, und wenn ich gebetet habe, ist die Unruhe vergangen". Er habe eine innere Stimme gehört, die sagte, er solle sich erheben und reden. Erzählt spontan, daß er schon oftmals ähnliche halluzinatorische Erregungszustände gehabt habe. Dieser Zustand, in dem er abwechselnd in predigendem Tone Reden hält und die Umgebung für Teufel hält, abwechselnd ruhig und einsichtig ist, dauert nun fort, bis sich plötzlich ein ganz anderes Bild bietet.

20. April 1906. Nahrungsverweigerung: warum, äußert er nicht. Liegt dauernd mit zugekniffenen Augen. — 25. April. Ißt mal wieder. — 29. April. Sondenfütterung. Pseudoflexibilitas cerea. — 7. Mai. Trinkt heute zum ersten Male etwas Milch. Mutazistisch ist er immer noch. — 8. Mai. Läßt sich mit Löffel füttern. Aktiv und reaktiv mutazistisch; kneift die Augen zu. — 7. Juni. Bisher Sondenfütterung. Heute richtete er sich plötzlich auf, verlangte zu essen. Aß gierig drauf los. Glaubte bisher, nicht essen zu dürfen. Ist sehr interessiert um seine Krankheit. — 15. Juli. Stupor, den er sehr selten unterbricht, um eine Stulle zu erbitten, die er mit Heißhunger ißt. Sonst dauernd Sondenfütterung. — 18. Okt. Seit 1. Oktober dauernd gleichmäßiger Hemmungszustand. Liegt im Bett, das Gesicht zur Wand hin, reagiert auf Anrede oft gar nicht, oft mit abwehrenden, stoßenden Bewegungen. Zum Baden, Austreten usw. geht Patient spontan, macht dabei gleichmäßige, militärisch regelmäßige Schritte, gibt sich dabei Mühe, ostentativ nichts zu fixieren. Blickt weg, wenn man sich in seine Blicklinie stellt. Hat gestern spontan gesprochen, geäußert, daß er einen Wärter mit der Ente totschlagen werde, dann werde man ihn auch töten, lebendig komme er hier doch nicht heraus. Hat anderen Kranken gegenüber geäußert, es gehe ihm ans Leben; mit Ärzten, Oberpfleger wolle er nichts zu tun haben. Ist tatsächlich bei der Visite wieder völlig abweisend und mutazistisch, während er sonst ziemlich gesprächig sein soll. — 24. Januar 1907. Nahrungsverweigerung. Stupor unverändert. Bei Annäherungsversuchen aggresiv. — 9. Februar. War recht lebhaft. Es solle sofort an den Polizei-Präsidenten telegraphiert werden: Der Dr. ...., sein Bruder, plane ein Attentat auf den Kaiser; auf Befragen, woher er das wisse, meint er, die Stimmen hätten es ihm gesagt. — 18. März. Während Patient für gewöhnlich mit energisch gespanntem Gesicht im Bett liegt, fängt er unter dem Einfluß des faradischen Stromes an, zu sprechen: „Habe solche Angst gehabt ..... warum wisse er nicht ...... auch vor dem Arzt Angst gehabt .... wolle tot gemacht werden." Kneift die Augen zu, sagt, er könne sie nicht öffnen, sie fielen immer zu. Verfällt gleich nach dem Faradisieren wieder in seinen Stupor. — 19. März. Taktile Sensibilität ebenso wie Schmerzempfindung ungestört. Läßt sich Hypalgesie an einer Stelle suggerieren. Stets aber im Stupor leicht sichtbarer Ausdruck eines starken Unlustaffekts. — In den nun folgenden Eintragungen wiederholt

sich immer wieder der Wechsel zwischen stuporösem Verhalten und ekstatischer Erregung, in der er mit monoton-pathetischer Stimme predigt, sich oft das blutgierigste, mordlustigste Scheusal nennt und sich auch beschuldigt, er habe seine Mutter ermorden wollen. — 30. August. Dauernd Stupor. Hat zwei Tage lang alles wieder ausgebrochen, soll dabei stark gewürgt haben. — 16. September. Sondenfütterung. Stupor.

29. November 1907. Seit gestern nachmittag plötzlich völlig fre Begrüßt den Arzt freundlich: „Jetzt bin ich wieder ganz vernünftig." Er habe geglaubt, der Oberpfleger sei der Satan und die anderen (Ärzte. Pfleger) seien die höllischen Teufel. Das habe ihm „die göttliche Stimme in der Einzelzelle gesagt." (Wirklich göttliche Stimme?) „Das ist doch kaum anzunehmen, da das andere nicht stimmt, wird das auch nicht stimmen." Die Stimme habe gesagt, er sei der Antichrist, und der Antichrist sei derjenige Mensch, welcher als einziger Mensch ewig in der Hölle bleiben müsse, ... dann sei ihm vorgeschrieben worden, was er zu tun habe. „Ich durfte nichts freiwillig tun, weder gehen, noch essen und auch nicht die Notdurft auf dem Abort verrichten, sondern im Bett. (Patient war während des Stupors dauernd unsauber.) Dann mußte ich mich regungslos überhaupt verhalten, und bei jeder Übertretung mußte ich Gott um Verzeihung bitten. Und wie mir der Pfleger Speise in den Mund eingeführt hatte, da blieb die Stimme aus, und ich glaubte nun verloren zu sein und müßte ewig in der Hölle bleiben als Antichrist. Und dann habe ich eine Zeit lang gegessen, weil ich dachte, ich bin ja doch verloren. Dann bin ich ungefähr einen Monat lang täglich einmal gefüttert worden. .... Zuletzt dann, wie ich die Dauerbäder bekam, da habe ich die Stimme wieder gehört: „Rufe mich in der Not, dann will ich dich erretten. Seine Hand zu helfen hat kein Ziel, wie groß auch sei der Schade." (Aus einem Gesangbuch.) Obgleich ich so lange gegessen hatte, könnte mir doch noch geholfen werden, aber ich dürfte nun unter keiner Bedingung wieder essen. Und wie ich elektrisiert wurde, da glaubte ich von Gott die Kraft erhalten zu haben, dies ertragen zu können, und mußte zu gleicher Zeit die Hände in die Höhe halten, um zu beten. Das mußte ich zur Buße, damit die Fliegen mich bissen; das war die Strafe, weil ich gegessen hatte. Ich glaube, es wird mir in den Sinn gekommen sein, was ich einmal gelesen habe, daß die Büßer in Indien sich absichtlich von den Fliegen zerstechen lassen. Als ich aber dann vorgestern von einem Patienten hörte, daß Herr ...... (Oberpfleger) nicht mehr da ist, da ist dieser Wahn, daß er der Satan sei, hinfällig geworden. Dann hatte mich der andere Doktor ein paar Tage lang nur einmal gefüttert, und Sie, Herr Doktor, haben mich gestern zweimal gefüttert, da habe ich gedacht, Sie könnten es doch nicht schlecht mit mir meinen!" Er habe immer großen Hunger gehabt und sich gefreut, wenn er gefüttert wurde. Das Erbrechen (s. o.) habe er willkürlich gemacht, die Stimme habe ihm das gesagt. Er fühle sich körperlich und geistig wohl: „Freue mich, daß ich von dem Wahn

frei gekommen bin." — — Er ist von nun an unverändert vollkommen frei, bis nach zweieinhalb Monaten notiert wird:

17. Februar 1908. Schon gestern etwas zittrig-gehemmter Eindruck. Kommt heute bei Visite, er wolle Angaben zu den Akten machen. „Habe indirekt meinen Bruder ermordet — habe ihn nach Berlin geschickt — ohne Wissen und Wollen meiner Eltern — da ist er erschossen — habe den Gedanken gehabt, den Kaiser zu ermorden — auch den Kaiser von Rußland habe ich ermorden wollen — habe eine Invalidenkarte gefälscht — will nach Haus 8, wo die Mörder und Verbrecher sind — habe in der Nacht wieder die göttliche Stimme gehört." Während Patient in der freien Zeit auf Hypnose gut reagiert hat, läßt er sich heute nicht hypnotisieren. — 27. Februar. Wieder Sondenfütterung. Lippen stark aktiv vorgepreßt. Preßt bei der Sondenfütterung die Hände stark über der Magengegend zusammen. — Patient liegt nun dauernd im Stupor, der genau derselbe ist, wie der oben beschriebene, aber diesmal nicht von ekstatischen Erregungen unterbrochen wird, und in dem er nur durch Sondenfütterung ernährt wird; er ist dabei fast andauernd unsauber mit Kot und Urin. Sehr auffallend ist wieder das krampfhafte Zukneifen der Augen. Eigentliche Flexibilitas cerea findet sich nicht; bringt man einen Arm in irgend eine Lage, so weicht er aus dieser ein wenig ab, um sofort wieder in sie zurückzukehren und längere Zeit in ihr zu verbleiben, er springt gewissermaßen wie eine Feder in sie zurück; dabei sind die Muskeln gespannt. — Dieser Zustand dauert zwei Monate.

Am 15. April 1908 berichtet der Pfleger: Patient bekam einen Einguß; als er auf den Nachtstuhl gesetzt wurde, öffnete er die Augen und lachte; nachdem stand er auf, ging nach dem Waschraum und sah in den Spiegel. Blieb dann ruhig im Bett liegen und aß das abends hingestellte Essen von selbst auf. — Am folgenden Tage lacht Patient bei der Visite laut auf, spricht aber noch nicht. Etwas später wurde er dann ins Untersuchungszimmer gebracht. Hier beantwortet er sofort und ruhig, etwas zurückhaltend alle Fragen des Arztes und zeigt sich genau orientiert über alles, bis in kleine Einzelheiten, was in der Zeit seines stuporösen Zustandes mit ihm vorgenommen worden und in seiner Umgebung vorgegangen ist. Er berichtet darüber selbst, ohne etwa durch die Fragen des Arztes an die Vorgänge erinnert zu werden; er erzählt u. a., daß er gehört hat, daß der Oberpfleger zu ihm gesagt hat, Sie werden bald wieder essen; welchen Termin derselbe genannt hat, weiß er nicht. Es komme ihm aber so vor, als ob es stimmt. (Der Oberpfleger sagte ihm öfter: Sie werden zu Ostern wieder essen. Es ist 4 Tage vor Ostern.) Er habe das Gefühl, als ob er ungefähr 2 Monate so dagelegen hat. (Richtig.) Die Augen habe er immer zugehabt, er habe auch gemerkt, wenn Besucher gekommen sind; seine Schwester sei zweimal hier gewesen. (Richtig.) Seit gestern ist es wieder anders. Er sei auf den Nachtstuhl geführt worden, dann sind ihm die Augen ganz von selbst aufgegangen. Bei der Visite

hat er das Gefühl gehabt, daß er nicht sprechen sollte, vielleicht, daß das übermäßige Lachen ihn am Sprechen verhindert hat. (Warum gelacht?) „Ich habe mich selbst gewundert, daß ich so lachen mußte. Ich habe geglaubt, blödsinnig zu werden, weil ich so lachen mußte.“ (Warum eigentlich gelacht?) „γελᾷ ὁ μῶρος, κἄν τι μὴ γελοῖον ῇ.“ Über den Beginn seines diesmaligen Anfalls gefragt, zeigt er sich über die Vorgänge, wie sie oben geschildert sind, genau orientiert. Unter anderem sagt er: „dann sollte ich hypnotisiert werden, das habe ich nicht tun wollen. Früher habe ich mich bloß so gestellt, als ob ich hypnotisiert war, habe aber gar nicht geschlafen. Das habe ich aus Gutmütigkeit getan. Dann hatte ich das Gefühl, daß ich mich nicht selbst ins Bett legen dürfte und nicht mehr essen dürfte.“ Er äußert sich dann von selbst: „Ich möchte die Akten lesen, um zu verbessern, falls Irrtümer drin sind, und um mich zu vergewissern, was ich getan habe.“ (Verbrechen begangen?) „Nein, aber solche Gedanken gehabt. Ich möchte es auch lesen, damit es großen Eindruck auf mich macht, damit ich mich bessere.“ — 18. April. Jetzt fühle er sich wieder vollkommen wohl. (Waren Sie krank?) „Darüber kann ich mir kein Urteil erlauben. Körperlich nicht, ich habe aber wunderbare Ideen gehabt. Während des Lebens draußen habe ich gedacht, daß ich das nächste Mal lieber als Affe auf die Welt kommen möchte. Ich habe jetzt gedacht, daß das an mir zur Strafe zur Wahrheit würde. Ich habe geglaubt, der Bart ist weicher geworden, habe die Haare absichtlich in Unordnung gebracht und wiedergekäut. (Er glaubt, die Affen kauen wieder.) Deswegen habe ich nachher in den Spiegel gesehen.“ (Glauben Sie, daß der Zustand krankhaft war?) „Teilweise nicht. Daß ich die göttliche Stimme gehört habe, habe ich damals geglaubt; jetzt kann ich mir kein Urteil darüber erlauben, denn sonst würde ich wieder in den Zustand kommen, wie in der Zeit vor der Anstalt. Da habe ich an nichts Göttliches geglaubt. ..... Ich halte den Zustand, wo ich nicht selbst esse, für den normalen. Jetzt, wo ich mich wieder benehme wie die anderen Patienten, bin ich wieder zweifelhaft geworden, ob ich nicht wieder in meine alten Fehler zurückfalle, an nichts Göttliches zu glauben. .... Ich habe mich draußen gegen die 10 Gebote versündigt. ...... Als meine Mutter meinen Bruder Schlosser werden ließ, habe ich ihm geholfen, nach Berlin zu gehen. Dort ist er gestorben, und so bin ich an seinem Tod schuldig. Meine Mutter hatte recht, daß sie ihn Schlosser werden lassen wollte. ...... Ich glaube, wenn mir die göttliche Stimme, d. i. die unbekannte Macht, befiehlt, mich nicht füttern zu lassen, kann ich Jahre lang leben, ohne etwas zu essen.“ (Wir würden Sie doch füttern.) „Wenn die unbekannte Macht es nicht will, so habe ich die feste Überzeugung, daß Sie es auch nicht können.“ (Wenn wir Sie nun entlassen?) „Wenn die stärkere Macht das nicht will, können Sie das nicht, das ist meine feste Überzeugung.“ (Glauben Sie fest an diese Macht, ist es nicht möglich, daß das nur krankhafte Einbildung ist?) „Darüber kann ich mir kein Urteil erlauben, sonst falle ich wieder in die alten Fehler.“ Er will

nun plötzlich hinausgehen, bleibt aber auf Aufforderung stehen, antwortet nun aber nicht mehr. — 21. April. ...... „Ich muß eben von Tag zu Tag abwarten, was mit mir geschehen wird, weil ich der Ansicht bin, daß ich nichts eigenmächtig tun kann, darüber bestimmt der liebe Gott.“ (Warum haben Sie neulich nicht weiter gesprochen?) „Ich hatte das Gefühl, ich müßte das tun, ich glaube überhaupt, daß ich gar keinen Willen habe.“ (Wird das so bleiben?) „Das kommt darauf an, wie ich mich betragen werde, wenn ich mich gut betragen werde, werde ich es besser haben. Ich kann das alles nicht so ausdrücken, weil ich mich geistig nicht für ganz gesund halte, z. B. weil ich oft unmotiviert gelacht habe, jetzt nicht, aber wenn ich allein bin.“ Der Patient fängt nun plötzlich unvermittelt an, dem Arzt eine Geschichte zu erzählen, und zwar, indem er ihm diktiert, und jedesmal auf das „fertig“ oder „ja“ des Mitschreibenden wartet. Er macht dabei einen stark affektierten Eindruck und sitzt mit angespannter Gesichtsmuskulatur da, wie jemand, der über eine Sache, die er diktieren will, scharf und eindringlich nachdenkt. Es handelt sich um die Ermordung des Rittmeisters von Krosigk, deren angebliche Vorgänge er bis in kleinste Einzelheiten genau schildert. Er erzählt dann, daß er eine Theateraufführung dieser Ermordung in Hamburg mehrere Male gesehen habe, und dabei einen Offizier in einer Loge fixiert habe. Er habe sich dabei an Vorgänge aus seiner frühesten Kindheit erinnert und geglaubt, er und der Offizier ständen mit dieser Ermordung in irgend einer Beziehung. Hier sagt er — „Das ist mir wieder entfallen.“ Er bricht damit die Erzählung ab und berichtet: „Das ist das Hauptsächlichste, was ich in den zwei Monaten gedacht habe. Ich habe das besonders zu den Akten gegeben, weil mir die detaillierte Art und Weise aufgefallen ist, in der ich das gedacht habe, wobei es doch gar nicht aufgeklärt ist. Das ist auch ein Beispiel, weswegen ich vielleicht geistig nicht gesund bin. Es war im Theater ganz anders dargestellt, als ich es mir gedacht und eben erzählt habe: deswegen wundert es mich, daß ich es anders und doch so detailliert gedacht habe.“

26. April 1908. Der Patient bringt heute einen langen, selbst geschriebenen Bericht, in dem er seinen Aufenthalt in der Anstalt bis ins Kleinste, und seine Empfindungen während seiner stuporösen Zustände genau beschreibt, zum Teil wörtlich, wie er sie früher erzählt hat. Die Schrift ist sauber, der Zusammenhang des Berichtes vollkommen gewahrt, und abgesehen davon, daß er vieles hintereinander aufzählt, ohne einen neuen Satz zu bilden, stilistisch dem Bildungsgrad des Patienten entsprechend durchaus einwandfrei. Als kurze Probe gelten folgende Sätze: „..... Als ich nicht mehr in die Einzelzelle kam, sondern im Bett blieb, habe ich später die Annahme von Speisen und Getränken verweigert, so daß ich mit der Sonde ernährt wurde, indem mir auf diese Weise flüssige Nahrung meist zweimal täglich eingeflößt wurde. Dann glaubte ich auch, nicht aufstehen zu dürfen und mich regungslos still verhalten zu müssen, und den Blick auf das Kreuz an der Türe geheftet, mich an meine Sünden erinnern zu

müssen in der Weise: Der Antichrist, d. h. der größte Sünder, der jemals auf dieser Welt gelebt, und der niemals wieder auf dieser Welt leben wird, hat in ..... dies getan; und habe auch geglaubt, daß ich gar keine eigenmächtigen Bewegungen gemacht habe, sondern daß ich erst darum bitten mußte, und dann sich mein Körper ohne mein Zutun ganz langsam bewegt hätte ..... Und wenn der frühere Oberpfleger und die Ärzte erschienen, daß ich die Augen schließen mußte, oder dieselben sich von selber schlossen und öffneten, und es mir vorgeschrieben wurde, was ich zu tun und zu lassen hatte .... Ich habe ohne Zweck und Ziel 20 Jahre hindurch ein unstetes und flüchtiges Leben geführt ..... und habe geglaubt aus verschiedenen Gründen, welche ich für Verfolgungswahnsinn gehalten habe, menschenscheu zu sein, und geglaubt, in Deutschland mit den Behörden in Kollision zu kommen, deshalb bin ich viermal nach Nord-Amerika und fünfmal nach Süd-Amerika gegangen ...... und habe geglaubt, bei dem Besuch des Dr. ...... (sein Bruder) und der ...... (seine Schwester), nicht viel oder gar nicht reden zu sollen und deshalb geniert zu sein, da ich denselben zur Last bin ...... und dies soll dazu dienen, den Verwandten eventuell eine Erklärung für mein früheres Tun und Treiben zu geben, indem dieselben vielleicht diese Aufzeichnungen lesen dürften ...." — Der Patient erklärt heute, daß er glaubt, daß alle seine Ideen krankhaft seien; an die Idee von der göttlichen Macht, die ihm das alles befohlen hat, die ihn ohne Nahrung weiter leben lassen kann usw., glaubt er nicht mehr. Er sagt: „ich glaube wohl doch, daß alles nur Krankheit gewesen ist." — 21. Mai. Es sei jetzt alles in Ordnung. Er denkt, solch Zustand wird nicht wieder vorkommen. Die Stimme sei nur Phantasie gewesen. Er sei überzeugt, daß es krankhaft gewesen sei, es sei ihm besonders unerklärlich, weil er sich früher nie viel mit Religion befaßt habe. Er habe zwar seinem Bruder zum Fortlaufen verholfen, doch stehe dies doch in keinem direkten Zusammenhang mit dessen Tode, es hätte ihm doch ebenso gut zum Guten gereichen können. Seine Selbstvorwürfe darüber seien doch nur Krankheit gewesen. Die Stimmen habe er nicht direkt von außen gehört, sondern sie seien ihm von innen gekommen ...... Eigentlich sei es doch ein Unsinn, ob man ißt oder gefüttert wird, sei doch dasselbe. Er habe aber einmal die Idee gehabt.

Der Patient ist in der folgenden Zeit (beobachtet bis zum 1. Juli 1908) vollkommen frei. Er ist in seinem Wesen ruhig, liest viel deutsche und englische Zeitungen und freut sich über den Besuch seiner Schwester. Im Umgang mit den übrigen Patienten ist er zurückhaltend, sucht sich immer nur wenige aus, mit denen er spricht. Er fragt, ob er bald aus der Anstalt herauskommt, beruhigt sich aber verständig, als ihm gesagt wird, daß man erst abwarten muß, ob sein guter Zustand von Dauer ist.

Fassen wir das Krankheitsbild kurz zusammen, so sehen wir, daß in der Haft plötzlich ein Erregungszustand, verbunden mit Schrei-

und Weinkrämpfen ausbricht. Diesem folgt ein anderthalb Jahre dauernder Zustand, in dem Stupor und Erregung miteinander abwechseln. Nach plötzlichem Freiwerden und fast 3 Monate langem völlig Freibleiben tritt wieder ein 2 Monate dauernder Stuporzustand ein, nach dessen Schwinden der Kranke (bis jetzt über 2 Monate) völlig frei ist.

Das äußere Bild macht ganz den Eindruck eines katatonischen Zustandes. Außer Zuständen heftigster Erregung, die mit dem Auftreten von Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Verwirrtheit verknüpft sind, besteht hauptsächlich ein Stupor, der die klassischen Zeichen: Mutazismus, Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit, einförmige Körperhaltung, das wohl als Pseudoflexibilitas cerea zu bezeichnende Verhalten der Extremitäten bei passiven Bewegungen mit der federnden Spannung der Muskulatur darbietet. Ist weiter nichts als ein solcher Zustand bekannt, so wird man wohl nur die Diagnose Katatonie stellen können.

Zu ganz anderem Resultat führt nun aber die Betrachtung des Verlaufes der Krankheit. Die Erregungs- und die Stuporzustände entstehen vollkommen plötzlich, sie hören ebenso wieder auf. Der brüske Beginn und das brüske Ende trennen sie von Zeiten, in denen der Kranke vollkommen frei und normal ist. Der erste Anfall erfolgt plötzlich auf einen starken Affektshock, auf die Inhaftierung des Patienten hin. Abgesehen von Schrei- und Weinkrämpfen, die ja auch keinerlei Bedeutung für die Diagnose Katatonie haben, fehlen alle Vorboten; das für Katatonie charakteristische Vorangehen von deprimierter Stimmung, einzelnen Wahnideen oder Defekthandlungen ist durch nichts angedeutet. Auch während des Stupors fällt das Fehlen von sinnlos defekten Ausdrucksbewegungen, wie sie der Katatonie eigentümlich sind, auf. Dazu kommt nun das absolute Fehlen jedes Defekts nach der Erkrankung. Zwar können ja Katatonien sehr starke Remissionen haben, zu einer so vollkommenen Heilung aber, ohne Zurückbleiben irgend einer nachweisbaren geistigen Schwächung, dürften sie nur in seltenen Ausnahmefällen führen. Nachdem der Kranke erst anderthalb Jahre und nach einem Intervalle von 2 Monaten noch einmal 2 Monate derartig schwer erkrankt war, zeigen seine Intelligenz wie seine ethischen Gefühle keinerlei Abweichung von der Norm. Ja, es ist bemerkenswert, wie der Kranke, der nur

noch als gewöhnlicher Arbeiter beschäftigt war und obdachlos sich auf der Straße herumgetrieben hatte, sein Interesse für fremde Sprachen usw. gewahrt hat. Das alles paßt nicht zu dem Bilde einer Katatonie, das läßt uns an eine hysterische Erkrankung denken.

Dazu kommt nun vor allem der Einblick, den wir in die Psychose selbst durch die Erzählungen des Kranken gewinnen. Der Kranke ist nicht nur über die Vorgänge in seiner Umgebung und die mit ihm vorgenommenen Handlungen orientiert, er weiß auch über seine Gedanken und Vorstellungen während des Stupors vollkommen Rechenschaft zu geben. Er gibt uns nachher quasi die Beweggründe für sein stuporöses Verhalten und für jede Einzelheit in demselben. Die wahnhaften, zum Teil auf Halluzinationen beruhenden Vorstellungen sind es gewesen, die ihn das zu tun veranlaßten, was wir während des Stupors beobachteten. Wir haben hier wirklich das vor uns, was *Ziehen* „sekundären Stupor“ (beruhend auf Halluzinationen und Wahnvorstellungen) nennt, und von dem er bemerkt, daß er häufig bei Hysterie vorkommt [1]). Diese Wahnvorstellungen beherrschen den Bewußtseinsinhalt des Kranken, und daraus resultieren die Einzelheiten seines Zustandes. Der Kranke beschreibt uns, wie er über diese Vorstellungen, die sich ihm aufdrängen, über die Stimmen reflektiert, und wie er dann seinen Reflexionen entsprechend handelt. Er schildert uns übrigens selbst die Stimmen als etwas von innen heraus Kommendes, über das er nachdenken muß, nicht als etwas Äußeres, das ihm anbefohlen wird. In gewissermaßen logischer Weise zieht er die Konsequenzen seiner Vorstellungen; gerade dieses ist auffallend und dabei so charakteristisch. Ein Beispiel dafür ist, wie er uns erzählt, daß der Wahn, daß er vom Teufel bedroht werde, hinfällig wurde, als er hörte, daß der Oberpfleger, den er für den Teufel hielt, auf ein anderes Haus versetzt wurde. Er glaubt nun nicht etwa, wie ein Paranoiker, daß der Teufel ihn nun nur momentan nicht mehr bedrohe, weil er gerade nicht mehr da sei, sondern die ganze Wahnidee fällt für ihn damit zusammen. Auch bei Katatonikern kommt es vor, daß sie später von Stimmen erzählen, die ihnen befohlen haben, nicht zu essen, usw.; der Katatoniker gehorcht dann aber einfach den Stimmen und ißt nicht. Nicht aber hat er dabei derartige Gedankengänge und erzählt die-

[1]) l. c.

selben nachher; das widerspricht durchaus dem Wesen der Defektpsychose Katatonie. — Dieses widerspricht aber auch alles den Forderungen und Anschauungen *Kraepelins* über den katatonischen Stupor. Zwar ist es auch ein Stupor, ebenso wie der katatonische, der nicht durch eine Steigerung der Widerstände, eine „psycho-motorische Hemmung", sondern durch eine „Sperrung" im *Kraepelin*schen Sinne bewirkt wird. Das negativistische Verhalten der Kranken im katatonischen Stupor kann aber nach *Kraepelin* „durchaus nicht auf bestimmte, verstandesmäßig erfaßte Beweggründe zurückgeführt werden. Abgesehen von seltenen Ausnahmen, in denen nachträglich irgendwelche Vorstellungen oder Täuschungen als ganz unzulängliche Triebfedern für das unsinnige Benehmen vorgebracht werden, hört man von den Kranken regelmäßig, daß sie sich selbst keine Rechenschaft über dasselbe zu geben vermögen" [1]). Und an anderer Stelle bemerkt er, daß die „absonderlichen Handlungen eben triebartigen Ursprungs und nicht durch bestimmte Überlegungen bedingt sind" [2]). Bei unserem Kranken kann aber das Handeln tatsächlich auf verstandesmäßig erfaßte Beweggründe zurückgeführt werden, die Handlungen sind nicht triebartigen Ursprungs, die Vorstellungen keine unzulänglichen Triebfedern, sondern durch bestimmte Überlegungen bedingt. Auch ist nicht, wie es *Kraepelin* für die Katatonie verlangt, das Bewußtsein getrübt, wenn man *Kraepelins* Definition des Bewußtseins — „überall, wo äußere Eindrücke in psychische Vorgänge umgesetzt werden, ist Bewußtsein vorhanden" [3]) — zugrunde legt. Alle die bisher angeführten Momente zusammengefaßt — die Entstehung der Krankheit, ihr Verlauf mit plötzlichem Aufhören, das Fehlen jeder Defekthandlung während der Krankheit und jedes Defekts nach derselben, die Orientiertheit des Kranken während des Stupors, das Zurückführen des Stupors und seiner Einzelheiten auf Vorstellungen und deren Verarbeitung durch den Patienten in der eben beschriebenen Weise — zeigen, daß der anfänglich so erscheinende Stupor kein Ausdruck einer katatonischen Erkrankung sein kann. Umgekehrt sind aber die Anforderungen, die wir oben zur Stellung der Diagnose hysterisches

---

1) l. c. Bd. I., S. 285.
2) l. c. Bd. II., S. 226.
3) l. c. Bd. I. S. 150.

Irresein verlangt haben, erfüllt. Die psychogenen Momente bilden keine zufällige Komplikation der Psychose (*Raecke*), sie ist abhängig von der Außenwelt, sie wächst aus Erinnerungen und Vorstellungen heraus, sie ist von begrenzter Dauer und hat tatsächlich in keiner Weise zur Verblödung geführt [*Raimann* u. *Kraepelin*)[1]], sie macht auch wirklich den Eindruck als ob sie willkürlich produziert sei [2]). Wie weit sie sich aber auch aus den hysterischen Krankheitsmomenten ableiten läßt (*Binswanger*), soll unten noch weiter besprochen werden, nachdem die Bedeutung gerade dieses Umstandes in differential-diagnostischer Beziehung erläutert worden ist.

In jüngster Zeit hat *Risch*, der sich besonders mit den psychogenen Haftzuständen beschäftigt hat — und als einen psychogenen könnte man ja natürlich auch den Zustand unseres Kranken bezeichnen —, nachdem er noch vor kurzem bemerkt hat, daß er wegen der, ja auch von mir betonten, Unbestimmtheit der hysterischen Definitionen nicht auf die Bezeichnung dieser Zustände als hysterische eingehen will [3]), eine Abgrenzung der psychogen entstandenen Haftpsychosen von den hysterischen versucht. Er verlangt für die hysterischen das Vorhandensein von Analgesien, Krämpfen, Lähmungen, Ganser-Zuständen oder typischen hysterischen Delirien und den hysterischen Charakter [4]). Wie es scheint, nimmt er aber Übergänge an, da er von einem „psychogenen" Zustand bemerkt, daß man ihn, weil Krämpfe da sind, allerdings hysterisch nennen müsse, daß er sich also nur durch das Bestehen e i n e s hysterischen Stigmas von den psychogenen Typen unterscheide [4]). Von diesen psychogenen Typen, wie von den sogenannten akuten halluzinatorischen Psychosen, in deren Gruppe wohl diese „psychogenen Zustände" gehören würden, ist nun unser Fall trotz des Fehlens der eben genannten hysterischen Körperstörungen als Beispiel e i n e s hysterischen Irreseins wegen des Vorhandenseins der einzelnen typisch hysterischen Züge abzugrenzen.

---

[1]) l. c. Bd. II. S. 279.

[2]) l. c. S. 261.

[3]) *Risch*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 65, H. II, Beitr. z. Verständn. d. psychog. Zustände.

[4]) *Risch*, d. Forens. Bedeutung d. psychog. Zustände und ihre Abgrenzung v. d. Hysterie, in Centralbl. f. Psychiatr. u. Nervenheilk., 1908, H. 10.

Abgesehen von den schon oben genannten Momenten sei darüber noch folgendes erwähnt. Der Kranke stammt von einer hysterischen Mutter, sein Vater soll ein Hypochonder gewesen sein, der größere Teil der Geschwister ist den Anforderungen des täglichen Lebens nicht gewachsen gewesen. Der Kranke selbst ist trotz seiner Abstammung aus einer guten Familie zum gewöhnlichen Arbeitsmann und zum Landstreicher herabgesunken, ohne wieder emporkommen zu können. Er schildert sich selbst als einen mißtrauischen, verschlossenen Charakter und fühlt sich den Kameraden gegenüber immer benachteiligt. Besonders typisch ist wohl sein Selbstmordversuch zu nennen; die Idee, während einer Epidemie Cholerawasser zu trinken und sich dadurch das Leben zu nehmen, paßt in die Reihe der in der Literatur bekannten hysterischen Suizidversuche. Seine Schrei- und Weinkrämpfe in der oben geschilderten Weise sind wohl kaum anders als hysterische Krämpfe zu deuten, wenn sich auch eine sichere Diagnose danach natürlich nicht stellen läßt. Auch die Psychose selbst weist typisch hysterische Züge auf. Ein wegen Obdachlosigkeit Verhafteter verfällt in diesen über zwei Jahre dauernden schweren Zustand. Nachdem er einmal frei geworden ist, stellt sich der Stupor nach zwei Monaten noch einmal ein. Die rein psychogenen Zustände (von *Risch*) zeichnen sich durch kurze Dauer aus. Sind die Patienten einmal frei geworden, so bleiben sie es auch. Ein zweiter Anfall tritt ohne neue Veranlassung nicht auf. Er dürfte sich auch nicht mehr als ein psychogen infolge der Inhaftierung entstandener deuten lassen. Bei unserem Kranken tritt nach einer längeren Remission ein zweiter Anfall ein. Die Schwere der Psychose steht bei den psychogenen Zuständen in Beziehung zur Gewichtigkeit der Ursache. Davon kann bei uns keine Rede sein. Im selben Sinne sind seine wahnhaften Selbstbeschuldigungen zu betrachten: Er hat ein Vergehen begangen, das mit mehreren Tagen Haft gesühnt wird; er beschuldigt sich nun des Mordes, anarchistischer Verbrechen und hält sich für das größte Ungeheuer, den Antichristen. Dies Unverhältnismäßige der Ursache zur Wirkung ist charakteristisch für die hysterische Störung. Sein Erregungszustand zeigt die Züge des hysterischen Delirs. Bunte, phantastische Halluzinationen und Illusionen, deren Inhalt Satan, der Oberteufel und die Teufel sind; Vorstellungen, daß er der Antichrist sei und als einziger Mensch in der Hölle bleiben müsse. Religiös-pathetische Reden, die theatralisch

vorgetragen werden, und in denen er den Zusammenhang nicht verliert; dabei ist keine eigentliche Verwirrtheit verhanden. Ein anderes Mal glaubt er wieder in einen Affen verwandelt zu werden; zur Unterstützung seiner Vorstellungen bringt er sich selbst die Haare in Unordnung. Als weiteres hysterisches Zeichen ist die Abhängigkeit der einzelnen Momente seines Zustandes von der Außenwelt zu nennen. In anderer Beziehung wurde schon oben erwähnt, daß die Versetzung des Oberpflegers eine Umänderung seiner Wahnideen zur Folge hatte. Die ihm durch die Stimme, an die er fest glaubt, befohlene Abstinenz gibt er, wie er selbst sagt, auf, weil ihm das öftere Füttern durch den neuen Arzt dessen gute Meinung mit ihm beweist. Der Oberpfleger sagt ihm wiederholt, er möge zu Ostern essen. Tatsächlich endet sein Stupor wenige Tage vor Ostern, und er meint dann, der ihm angegebene Termin müsse stimmen; hierbei läßt sich natürlich der Zusammenhang nicht sicher erweisen. Charakteristisch ist auch sein Interesse an der Krankheit: Er möchte ja nicht, daß etwas in den Akten fehlt, und möchte sich selbst überzeugen, was wohl über seinen Zustand notiert ist. Er freut sich und ist stolz auf das Interesse des Arztes an seiner Krankheit; und in selbstbewußter theatralischer Weise setzt er sich hin und diktiert dem Arzt, wie einem Untergebenen, sein Erlebnis. Hingewiesen sei auch noch auf das oft bei Hysterischen beobachtete, auch bei ihm vorhandene willkürliche Erbrechen.

Das eben Angeführte ist aber noch in anderer Beziehung differential-diagnostisch wertvoll, nämlich mit Rücksicht auf die Abgrenzung vom Entartungs-Irresein. Über die Beziehungen der Hysterie zum Entartungs-Irresein nehmen die Autoren ganz verschiedene prinzipielle Standpunkte ein. Während *Sokolowski* [1]) überhaupt keine Trennung der Hysterie vom Entartungs-Irresein machen will, meint *Möbius* [2]): „Eine Unterscheidung von dem hysterischen Irresein gibt es (für das Entartungs-Irresein) nicht, denn die Hysterischen sind Entartete und ihr Irresein kommt nicht der Hysterie (abgesehen von den Delirien des Anfalles), sondern der geistigen Entartung auf die Rechnung.“ In diesem Sinne betrachtet, würde unsere Psychose unter den Begriff des „Delire d'emblée“ (nach *Magnan* [2])) fallen. *Kraepelin* formuliert

[1]) *Sokolowski*, Hyst. u. hyst. Irresein, Centralbl. f. Nervenheilk. 1896. VI.

[2]) *Magnan*, Psychiatr. Vorles., übers. v. Möbius S. 15 u. S. 25.

seinen sehr ähnlichen Standpunkt anders: Er hält es für unzweifelhaft, „daß sich in der hysterischen Veränderung des gesamten Seelenlebens die Zugehörigkeit zum Entartungs-Irresein im weiteren Sinne ausdrückt. Eine Abgrenzung des Entartungs-Irreseins von der Hysterie ist nur dann möglich, wenn man das Leiden rein vom neurotischen Standpunkt aus betrachtet“ [1]. Ähnlich sagt *Siefert* speziell über die Haftpsychosen, daß die einfachen Entartungsformen sich von den hysterischen Formen nur durch ein Negatives, durch Fehlen von hysterischen Zeichen unterscheiden lassen [2]. *Raimann* nennt die Hysterie „eine der Formen der Degeneration, eine Schwester der anderen Formen des degenerativen Irreseins“ [3], und will sie so „als speziellen Symptomenkomplex aus dem großen weiten Rahmen des degenerativen Irreseins herausgehoben haben“ [4]. Er will alle psychischen Störungen, die den Gesetzen der Hysterie folgen, die „die Grundelemente, welche man an klassischen Fällen von Hysterie zu abstrahieren imstande ist, erkennen lassen“, Hysterie nennen. Daß dieses bei uns der Fall ist, ist ja oben an Einzelheiten gezeigt worden, und wir können von d i e s e m Standpunkt aus unseren Fall unter Ablehnung der allgemeinen Bezeichnung: Entartungs-Irresein „hysterisches Irresein“ nennen.

Wir fassen also zusammen: Bei einem Krankheitsbild, das von vornherein ganz den Eindruck eines typischen katatonischen Stupors macht, läßt sich Katatonie durch den ganzen Verlauf der Krankheit, durch den Ausgang in Heilung ohne jeden Defekt und vor allem durch die Ableitung des Stupors aus zusammenhängenden Vorstellungen, über die der Kranke reflektiert, ausschließen; die einzelnen vorhandenen hysterischen Momente lassen es aus der großen Gruppe: Entartungs-Irresein als spezielle Form desselben: „Hysterisches Irresein, im besonderen: Hysterischer Stupor“ abtrennen, und sichern diese Diagnose zugleich gegenüber der akuten halluzinatorischen Psychose und dem psychogenen Haftzustand (*Risch*). Besonders bemerkenswert ist dabei der weite und klare Einblick, den man durch die Bemerkungen des Kranken in die Entstehung des Stupors hat. Es dürfte bei Fällen,

[1] l. c. Bd. II. S. 695.
[2] *Siefert*, üb. d. Geistesstörungen d. Strafhaft. 1907 S. 41.
[3] l. c., S. 322.
[4] l. c., S. 27.

bei denen man die Vermutung des Vorliegens eines ähnlichen Zustandes hat, daran zu denken sein, ob es vielleicht möglich ist, während des Stupors durch Anwendung der Hypnose sich über die Vorstellungen des Kranken Aufschluß zu verschaffen. Auf die große Bedeutung, die die Entscheidung der Differential-Diagnose: katatonischer oder hysterischer Stupor für die Stellung der Prognose hat, sei noch besonders hingewiesen.

Über die Gruppierung dieses hysterischen Stupors innerhalb der großen Gruppe des hysterischen Irreseins sei folgendes bemerkt. *Raecke* will „den hysterischen Stupor der großen Gruppe der hysterischen Dämmerzustände subsumieren“ [1]); auch *Sander* rechnet einen von ihm beobachteten hysterischen Stupor zur Gruppe der Dämmerzustände [2]). Es wird das natürlich ganz darauf ankommen, was man unter dem Begriff „Dämmerzustand“ versteht. Verlangt man für einen solchen mit *Ziehen* Amnesie und Störung der Orientierung und des Zusammenhangs der Ideenassoziation [3]), oder bezeichnet man mit *Raimann* [4]) und *Kraepelin* nur „kürzer oder länger dauernde Anfälle stärkerer Bewußtseinstrübung“ [5]) so — Bewußtsein immer im oben beschriebenen *Kraepelin*schen Sinne gemeint —, so kann man unseren Stupor nicht als einen Dämmerzustand bezeichnen, da dieser Bewußtseinsverlust und die Amnesie ihm fehlen. Bedenkt man aber, daß in neuerer Zeit mehrfach beobachtet worden ist, daß die Bewußtseinstrübung und Amnesie bei den Dämmerzuständen möglicherweise keine so ausgesprochene und notwendig vorhandene ist, wie man bisher angenommen, so ist damit für die Auffassung des hysterischen Stupors als einer Form des hysterischen Dämmerzustandes wieder der Weg gewiesen; schon aus praktischen Gründen sei aber die obige Definition des Dämmerzustandes beibehalten und also der Stupor aus den eben genannten Gründen von ihm abgetrennt.

Es sei nun noch auf die Beziehung dieser Stuporen zu den hysterischen Schlafanfällen und Lethargien hingewiesen. *Ziehen* sagt:

---

[1]) *Raecke*, Zeitschr. f. Psychiatr., Bd. 58, S. 445.

[2]) *Sander*, Transitor. Geistesstör. auf hyst. Basis (Fall 4). Deutsch. Med. Wochenschr., 1901, 28.

[3]) l. c., S. 432.

[4]) l. c., S. 80.

[5]) l. c., Bd. II., S. 698.

„Zwischen diesen hysterischen Stuporzuständen und den hysterischen Schlafzuständen existieren fließende Übergänge." [1]) *Raimann* meint, daß „in den länger dauernden hysterischen Schlafanfällen auch eine Abgrenzung vom hysterischen Stupor unmöglich wird" [2]); und *Raecke* sagt geradezu: „Der voll entwickelte hysterische Stupor wird gewöhnlich als Lethargie bezeichnet."[3]) Diese Ansicht gründet sich darauf, daß diese Autoren die Bezeichnung: Schlafanfälle nur in mehr äußerlichem Sinne gebrauchen. *Raimann* schreibt selbst: „Manchmal besteht absolute Bewußtlosigkeit, andere Male die sogenannte Lethargie lucide. Die Kranken hören, was um sie vorgeht, ..."[4]). Ganz anders verhält sich *Binswanger* zu dieser Frage. Er beschreibt den hystero-kataleptischen Anfall, einen Zustand, der nach dem Plane seines Buches mehr von der neurotischen Seite betrachtet wird, der aber sonst nach seiner Beschreibung unserem „Stupor" entsprechen würde, und führt für ihn als „hervorragendste Merkmale kataleptische Starre im Verein mit der Flexibilitas cerea, das Erhaltenbleiben des Bewußtseins und der Erinnerungsfähigkeit" an. Das Vorhandensein des Bewußtseins trennt für ihn diese Zustände, wie er ausdrücklich bemerkt, scharf von der Lethargie. Von diesem Gesichtspunkt aus dürften verschiedene in der Literatur als Schlafsucht beschriebene Fälle nicht in diese Gruppe gehören. So beschreibt sowohl *Loewenfeld*[5]), als auch *Jolly* [6]) Schlafanfälle mit Katalepsie, die ohne jede Amnesie verlaufen, und bei denen sich die Kranken zum Teil an alles, was mit ihnen vorgenommen wurde, erinnern. *Rothmann* und *Nathanson* beschreiben einen Fall von „Kataleptiformer Lethargie", bei dem die Kranke während der ganzen sogenannten Lethargie durch Einbringen von Milch in die Blase Chylurie simulierte [7]). Dieser Umstand läßt wohl auch bei diesem Fall eine Aufhebung des Bewußtseins ausschließen.

---

[1]) l. c., S. 158.

[2]) l. c., S. 114—115.

[3]) *Raecke*, Arch. f. Psychiatr., Bd. 40, S. 188.

[4]) l. c., S. 697—698.

[5]) *Loewenfeld*, Hyst. Schlafzustände, Arch. f. Psychiatr., 22 u. 23.

[6]) *Jolly* in *Ebstein-Schwalbe*, Handb. d. prakt. Medizin, Bd. IV. S. 768. (1900).

[7]) *Rothmann* und *Nathanson*, üb. e. Fall v. Kataleptif. Letharg Simul. v. Chyl., Arch. f. Psych., 32.

Es dürfte sich empfehlen, nach *Binswangers* Vorschlag die Bezeichnungen Schlafsucht und Lethargie für die Fälle, die mit Bewußtlosigkeit (im *Kraepelin*schen Sinne) und folgender Amnesie einhergehen, zu reservieren, Fälle aber mit Erhaltenbleiben des Bewußtseins sei es als hystero-kataleptische Anfälle, sei es als hysterische Stuporen zu bezeichnen.

Literatur.

1. *Arndt*, Geschichte der Katatonie, Neurol. Centralblatt, 25.
2. *Binswanger*, Die Hysterie. 1904.
3. *Cramer*. In *Binswanger-Siemerling*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1907.
4. *Fürstner*, Hysterische Geistesstörungen, Deutsche Klinik. 1901.
5. *Janet*, Der Geisteszustand der Hysterischen. Übersetzt von Kahane.
6. *Jolly*, Die Hysterie. In *Ebstein-Schwalbe*. Handbuch. Bd. IV. 1900.
7. *Jung*, Ein Fall von Hyst. Stupor. Journ. für Psychologie. 1902.
8. *Kaiser*, Beiträge zur Differential-Diagnose der Hysterie und Katatonie. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 58—59.
9. *Kahlbaum*, Die Katatonie. 1874.
10. *Kraepelin*, Lehrbuch der Psychiatrie. 1903.
11. *Löwenfeld*, Hysterische Schlafzustände. Archiv für Psychiatrie. Bd. 22—23.
12. *Magnan*, Psychiatrische Vorlesungen. Übersetzt von Möbius. Heft 2—3.
13. *Möbius*, Einleitung zu Nr. 12.
14. *Möbius*, Über die gegenwärtige Auffassung der Hysterie. Monatsschriften für Geburtshilfe und Gynäkologie. 1895, I.
15. *Möbius*, Über den Begriff der Hysterie. Neurol. Beiträge. 1894, I.
16. *Nissl*, Hysterische Symptome bei Geistesstörungen. Centralblatt für Nervenheilkunde. 1902.
17. *Raecke*, Beitrag zur Kenntnis des hysterischen Dämmerzustandes. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 58.
18. *Raecke*, Hysterischer Stupor bei Strafgefangenen. Ebenda.
19. *Raecke*, Zur Lehre vom hysterischen Irresein. Archiv für Psychiatrie. Bd. 40.
20. *Raimann*, Die hysterischen Geistesstörungen. 1904.
21. *Risch*, Beitrag zum Verständnis der psychogenen Zustände. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 65. II.
22. *Risch*, D. forens. Bedeutung der psychogenen Zustände und ihre Abgrenzung von der Hysterie. Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1908. Heft X.

23. *Rothmann* und *Nathanson*, Über einen Fall von kataleptiformer Lethargie mit Simulation von Chylurie. Archiv für Psychiatrie. 32.
24. *Sander*, Transitorische Geistesstörungen auf hysterischer Basis. Deutsch. Med. Wochenschrift 1901, 28.
25. *Schüle*, Klinische Psychiatrie, 1886.
26. *Siefert*, Über die Geistesstörungen der Strafhaft, 1907.
27. *Sokolowski*, Hysterie und hysterisches Irresein. Centralblatt für Nervenheilkunde, 1896, 6.
28. *Ziehen*, Psychiatrie. 1902.

Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

126. Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 13. Juni 1908.

Anwesend die Herren: *Ascher*-Berlin, *Max Edel*-Charlottenburg, *Falkenberg*-Herzberge, *Foersterling*-Landsberg a. W., *Gock*-Landsberg a. W., *Heine*-Dalldorf a. G., *Hildebrandt*-Dalldorf a. G., *Junius*-Buch, *Klipstein*-Herzberge, *H. Kron*-Berlin, *Hans Laehr*-Zehlendorf, *Mittenzweig*-Steglitz a. G., *Moeli*-Herzberge, *Möller*-Berlin-Grunewald, *Mucha*-Franz. Buchholz, *Munter*-Berlin, *Richter*-Buch, *Rosenberg*-Buch, *Sander*-Dalldorf, *Schayer*-Dalldorf, *Schnauß*-Buch a. G., *Schulz*-Buch, *Schulze*-Potsdam, *Schuster*-Berlin, *Skierlo*-Potsdam, *Sklarek*-Buch, *Stier*-Berlin a. G., *Ulrich*-Eberswalde, *Vieregge*-Herzberge a. G., *Warnik*-Berlin a. G., *Werner*-Buch, *Ziehen*-Berlin.

Vorsitzender: *Moeli*.

Dem Verein sind beigetreten: Dr. *Walter Schulze*, Arzt der Prov.-Anstalt für Epileptische in Potsdam, Dr. *Karl Sander*, Arzt der Heilanstalt in Lichtenrade, Dr. *Schulz*, Assistenzarzt der städt. Irrenanstalt in Buch.

Der Vorsitzende macht Mitteilung von einer Einladung zu reger Beteiligung an dem vom 7. bis 11. Oktober d. J. in Wien stattfindenden internationalen Kongreß für Irrenpflege.

Der Kassenführer legt Rechenschaft ab über das Geschäftsjahr 1907/08. Die Rechnung ist von den Mitgliedern *Marthen* und *Roesen* geprüft und für richtig befunden worden. Es wird daraufhin dem Kassenführer Entlastung erteilt.

Bei der hierauf stattgefundenen Vorstandswahl werden die bisherigen Vorstandsmitglieder wiedergewählt.

Herr *Reich*-Herzberge: Ein Fall von Störung der Sprache, der Begriffsbildung und des Handelns, bedingt durch multiple miliare Erweichungsherde, verbunden mit Atrophie des Gehirns.

Der Vortragende bespricht die Krankheitserscheinungen eines Falles, in welchem es sich um Störungen der Sprache, insbesondere der Wortfindung, ferner um solche des Lesens und Schreibens und auch um Störungen des Erkennens und Handelns, sowie der Begriffsbildung handelte.

Keine der nachweisbaren Störungen war auf einen einzigen großen Erweichungsherd zu beziehen, da die Kranke trotz der bestehenden Aphasie, Agraphie, Alexie, Apraxie und Asymbolie keine groben Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen, keine Hemianopsie usw. zeigte. Die apraktischen Erscheinungen waren komplizierter Art. Zum Teil handelte es sich um eine ideomotorische Apraxie im Sinne *Picks*, zum andern Teil handelte es sich um eine eigenartige Form, die darauf zu beziehen war, daß die Kranke die Gebrauchsvorstellungen vergessen hatte oder sie nur schwer reproduzieren konnte. Es war also eine Apraxie, die man in Analogie zu der amnestischen Aphasie, bei der es sich um ein Vergessen der Worte resp. um eine Schwierigkeit in der Reproduktion der Worte handelt, als amnestische Apraxie bezeichnen kann. Wenn auch eine Störung der konkreten Begriffe in dem Krankheitsbilde zweifellos eine ausschlaggebende Rolle spielte, so glaubte *Reich* doch, diesen Fall anders auffassen zu müssen, als diejenigen Fälle, die er als Alogie bezeichnet hat. Die Ausfälle, die sich hier finden, sind lange nicht so hochgradig, wie bei der Alogie. Sie ließen sich nicht wie bei den Fällen dieser Art unter ein bestimmtes eindeutiges Schema bringen, sondern es entstand mehr der Eindruck eines zerstreuten unregelmäßigen Ausfalls.

Dementsprechend war das Allgemeinverhalten der Kranken ein gänzlich anderes. Ich habe schon früher ausgeführt, daß für die Alogischen charakteristisch ist eine gewisse Euphorie und Lebhaftigkeit, ein Fehlen der Krankheitseinsicht und der Ratlosigkeit und ein gewisses äußerlich geordnetes Benehmen. Unsere Kranke zeigte ein ganz anderes Verhalten, und zwar solches, wie es gerade bei Herderkrankungen im Gegensatze zu den einfach atrophischen Zuständen vorkommt. Bei ihr bestand ein deutliches Krankheitsgefühl, verbunden mit ausgeprägter Ratlosigkeit, die sich besonders bei Augenschluß steigerte. Es bestand keine Hyperprosexie, sondern unsere Kranke hatte sehr wenig Neigung, sich mit äußeren Dingen zu beschäftigen. Sie war nicht lebhaft, sondern im Gegenteil von vornherein auffällig stumpf, und diese Stumpfheit steigerte sich allmählich so weit, daß es überhaupt nicht mehr möglich war, von der Kranken Auskunft zu erhalten. Eine Neigung zur Echolalie, die sich bei den Alogischen findet, fehlte völlig. Nahm man hinzu, daß in der Anamnese widerholt Schlaganfälle leichterer Art angegeben sind, und daß auch in Herzberge ein leichter Anfall beobachtet wurde, der wie ein Schlaganfall aussah, und daß außerdem ausgeprägte Arteriosklerose bestand, so wurde man zu der Annahme geführt, daß es sich in diesem Falle nicht um einfach atrophische Vorgänge handeln könne, sondern um disseminierte kleinste Erweichungsherde, um eine Schädigung des assoziativen Apparates durch multiple kleine Erweichungsherde, die vielleicht sekundär eine Atrophie des Gehirns nach sich gezogen haben konnten.

Die Sektion ergab als wichtigsten Befund eine hochgradige Arteriosklerose der basalen Gefäße, eine Durchsetzung des ganzen Gehirns mit

zahlreichen miliaren Erweichungsherden. Das Gehirngewicht war auffallend gering, die Oberfläche war normal konfiguriert, der linke Ventrikel war nicht unerheblich erweitert. Von den Erweichungsherden waren nur zwei etwas größer, nämlich ein noch nicht bohnengroßer, der in der Gegend des Fußes der dritten rechten Stirnwindung gelegen war und zwar im Mark derselben, unter völliger Verschonung der Rinde, und ein etwas über linsengroßer, der die Grenze zwischen rechtem Sehhügel und Capsula interna einnahm, ohne die Capsula interna in Mitleidenschaft zu ziehen. Der ersterwähnte Herd bietet insofern gewisse Schwierigkeiten, als man vielleicht daran denken könnte, daß er eventuell mit der Herabsetzung der sprachlichen Funktionen irgendwelche Beziehungen haben könnte, so daß man dann die Sprachstörung als eine transkortikale motorische auffassen könnte. Aber da müßten wir annehmen, daß in diesem Falle das Sprachzentrum ein rechtsseitiges gewesen wäre, eine Annahme, die sonst durch nichts gestützt wird. Außerdem würden selbst bei dieser Annahme die vorhandenen asymbolischen und apraktischen Erscheinungen und die vorhandenen begrifflichen Störungen keine Erklärung finden. *Reich* hält die Ansicht für die richtige, daß wir als Ursache des Symptomenbildes die zahlreichen disseminierten kleinen Herde anzusehen haben, daß die vorgefundene Atrophie des Gehirns eine sekundäre, durch diese verursachte ist, und daß auch der linksseitige Hydrocephalus internus dadurch bedingt ist, daß infolge eines erheblichen Faserausfalles in der linken Gehirnhälfte eine Erweiterung des linken Ventrikels eingetreten ist. *R.* sieht den linksseitigen Hydrocephalus internus an als den Ausdruck der durch multiple Herde bedingten Atrophie der linken Gehirnhälfte. Bei dieser Annahme würde der Befund auch zu der weiteren Bestätigung der von ihm aufgestellten Theorie dienen können, daß die konkrete Begriffsbildung im wesentlichen eine Funktion der linken Hemisphäre ist. *R.* möchte zum Vergleich noch heranziehen einen vor kurzem von *Westphal* veröffentlichten Fall, in welchem ein linksseitiger Hydrocephalus internus apraktische Erscheinungen machte, die zur Vermutung einer Erkrankung des Balkens Veranlassung gegeben haben. Die wichtigsten Ergebnisse seiner Ausführungen faßt *R.* in folgende Sätze zusammen:

1. Außer der motorischen und ideomotorischen Form der Apraxie ist noch eine amnestische Form der Apraxie aufzustellen.

2. Außer den durch ausgedehnte Erweiterung des Hinterhauptslappens bedingten, mit Hemianopsie einhergehenden Formen der Asymbolie gibt es auch solche, die beruhen auf einer Läsion des den Hinterhauptslappen mit den anderen Gehirnteilen verbindenden assoziativen Apparates. Diese Formen sind dadurch ausgezeichnet, daß bei ihnen die Hemianopsie fehlt. Sie können entstehen entweder durch einfache lokalisierte oder systemartige Atrophie in den assoziativen Gebieten des Gehirns oder auch durch Läsion des assoziativen Apparates durch zahlreiche kleinste Herde resp. durch eine Kombination von Atrophie und multipler

Herderkrankung. Die letzteren Fälle bieten nie ein so reines Symptomenbild wie die ersteren, da in ihnen eine Beschränkung der kleinsten Erweichungsherde allein auf das assoziative Gebiet kaum zu erwarten ist. Sie sind außerdem durch ganz anderes Allgemeinverhalten der Kranken und durch den Nachweis von Schlaganfällen von denjenigen Fällen, in denen es sich nur um Atrophie handelt, schon klinisch abzutrennen.

Diskussion. — Herr *Moeli* fragt, ob die allgemeine Atrophie des Gehirns im Gewicht erkennbar gewesen sei.

Herr *Reich*: Das Gehirngewicht betrug 905 g.

Herr *Möller*-Berlin-Grunewald: Über eine besondere Ausbildung der an Fürsorgeanstalten für jugendliche Schwachsinnige und Psychopathen tätigen, nicht psychiatrisch vorgebildeten Personen.

An den Fürsorgeanstalten für die genannten Kategorien von psychisch kranken Jugendlichen, welche sämtliche Arten von Idiotenanstalten, Fürsorgeerziehungsanstalten, Hilfsschulen und Nebenklassen umfassen, betätigen sich neben den Ärzten Personen verschiedener anderer Berufszweige. Unter diesen sind erstlich die pädagogischen Arbeitskräfte zu nennen, welche in Gestalt von Lehrern, Lehrerinnen und Kindergärtnerinnen tätig sind. Da abgesehen von den tiefstehenden Idioten bei allen Pfleglingen der genannten Anstalten neben der ärztlichen Behandlung die Aufgabe besteht, durch einen entsprechenden Unterricht deren intellektuelle Kräfte zu heben und zu entwickeln, so ist eine pädagogische Fürsorge für die genannten Kategorien unserer Kranken an allen diesbezüglichen Anstalten notwendig und weiter zu fördern. Diese hat sich besonders auch auf die Erziehung der Schwachsinnigen und Psychopathen zu erstrecken, doch muß hervorgehoben werden, daß die Anstaltserziehung sich nicht auf die Unterrichtserziehung, d. h. auf die mit dem Unterricht in Zusammenhang stehende erziehliche Bildung beschränken darf, etwa in ähnlicher Weise, wie die Erziehung im Anschluß an den Elementarunterricht in der Volksschule betrieben wird. Die erziehliche Förderung der Geistesschwachen und Psychopathen umfaßt vielmehr noch eine Reihe von Maßnahmen, welche nicht eigentlich pädagogischer Art sind. Zudem ist zu berücksichtigen, daß die jugendlichen Schwachsinnigen und Psychopathen bei der Anstaltsbehandlung getrennt werden müssen, weil sie gewöhnlich intellektuell wie bezüglich des Gefühls- und Willenslebens sehr verschiedenartig sind, sich infolgedessen hemmend und störend gegenseitig beeinflussen und besonders in erziehlicher Hinsicht ganz verschiedener Behandlung bedürfen. Bei den Schwachsinnigen hat sich die Anstaltserziehung in erster Linie auf alle die Tätigkeiten zu erstrecken, welche im täglichen Leben vorkommen und von den jugendlichen Schwachsinnigen meist unzureichend beherrscht werden. So sind das An- und

Auskleiden, das Essen, der gewöhnliche häusliche Verkehr und dergleichen Gegenstand dauernder Übung und zu ausreichender Gewöhnung heranzubilden. Diese bei den Schwachsinnigen einen relativ breiten Raum einnehmende Arbeit unterliegt größtenteils dem Pflegepersonal. Inwieweit vorbereitende und unterstützende Übungen im Schulunterricht hierfür vorgenommen werden können, ist belanglos. Die stetige Übung im gewöhnlichen Leben, also die Gewöhnung, bleibt die Hauptsache, und damit fällt der zweiten Gruppe der neben den Ärzten tätigen Personen, dem Pflegepersonal, eine beträchtliche Aufgabe bei der Erziehung der Schwachsinnigen zu. In den Anstalten für Psychopathen liegen die Verhältnisse insofern anders, als die diesbezüglichen Mängel der Pfleglinge weniger die einfachen Verrichtungen des gewöhnlichen Lebens betreffen, sondern mehr den persönlichen Verkehr der Pfleglinge untereinander und mit dem Anstaltspersonal. Dem Pflegepersonal fällt auch hier ein wesentlicher Anteil zu in der erziehlichen Fürsorge, naturgemäß unter ärztlicher Direktive. — Entsprechend der weiteren Aufgabe der genannten Anstalten, die Betätigung der Pfleglinge außerhalb des Schulunterrichts zu regeln, insbesondere erziehlich wirkende und nützliche Arbeit zu fördern, ist eine weitere Gruppe von Personen tätig in Gestalt von Handwerkern, Gärtnern und dergleichen, zu welchen auch die Wirtschaftspersonen zu rechnen sind, unter deren Leitung Anstaltspfleglinge arbeiten. So bilden schließlich auch die besonders für die Beschäftigung der Pfleglinge angestellten und mit dem Arbeitsunterricht betrauten Personen einen wesentlichen Teil des für die Erziehung unserer Kranken tätigen Personals.

Unter den Personen, welche, ohne psychiatrisch vorgebildet zu sein, sich an den Anstalten betätigen, haben wir also drei Gruppen: das pädagogische, das Pflege- und das Arbeitslehrpersonal. Um vollständig zu sein, muß indessen erwähnt werden, daß sich unsere Erörterung auch mit der Tätigkeit derjenigen Ärzte beschäftigen muß, welche ohne besondere psychiatrische Vorbildung bei den Fürsorgeeinrichtungen für Schwachsinnige und Psychopathen tätig sind. Dies bezieht sich erstlich auf allgemein praktische Ärzte, welche nebenamtlich an Idiotenanstalten und Fürsorgeerziehungsanstalten als ärztliche Berater fungieren, wie das noch bei der Mehrzahl der Idiotenanstalten der Fall ist. Zweitens sind diejenigen Ärzte zu erwähnen, denen als Schul- und Hilfsschulärzte die Auswahl der Hilfsschulzöglinge und Nebenklassenschüler, sowie die weitere ärztliche Fürsorge überwiesen ist, ohne daß sie psychiatrisch vorgebildet sind.

Bezüglich der an Fürsorgeanstalten für jugendliche Schwachsinnige und Psychopathen tätigen, nicht psychiatrisch vorgebildeten Personen kommen demnach vier Gruppen in Frage, von welchen die ersten drei, die nicht-ärztlichen, aus sehr verschiedenen Elementen zusammengesetzt sind, sowohl was die allgemeine Bildung als auch die für die Er-

ziehungstätigkeit besonders erforderliche Bildung und Schulung betrifft. Für die Arbeit an Schwachsinnigen und Psychopathen kommen nun weiter besondere Anforderungen an die genannten Personen hinzu, welche sie befähigen sollen, mit Berücksichtigung der krankhaften Zustände der ihnen anvertrauten Pfleglinge die größtmögliche Arbeit in Erziehung und Unterricht zu leisten. Die Gefühls- und Willensanomalien, die intellektuellen Defekte, die Veränderlichkeit der psychischen Reaktionen, die vorkommenden funktionellen Krankheitszustände des Nervensystems, die Erscheinungen interkurrenter oder begleitender Nerven- und Geisteskrankheiten, alle diese Erscheinungen müssen bei Erziehung und Unterricht berücksichtigt werden.

Zur Erreichung dieses Ziels sind nun verschiedene Wege möglich. Erstens können für die einzelnen Pfleglinge die Gesichtspunkte, nach denen dieselben bei Erziehung und Unterricht von den nichtärztlichen Personen zu behandeln sind, von dem leitenden oder beratenden Psychiater der Anstalt den genannten Personen angegeben werden. Wo an größeren Anstalten ein solcher in leitender Stellung fehlt, kann die Anstaltsfürsorge als ausreichend nicht erachtet werden. Die Anweisungen können vom Psychiater bei den täglichen Besuchen in der Anstalt, anläßlich der Untersuchungen und weiteren Beobachtungen, oder in regelmäßigen gemeinsamen Beratungen mit dem Personal, ähnlich den Lehrerkonferenzen, gegeben werden. Derartige Anweisungen und Beratungen, welche als *individualisierende* zu bezeichnen sind, entsprechen in vollkommener Weise der Forderung, daß die krankhaften Zustände der Pfleglinge ausreichende Berücksichtigung finden. Sie haben auch besonders prophylaktischen Wert. An Zeit und Arbeitskraft des Psychiaters stellen sie indessen nicht unerhebliche Anforderungen. Bei größeren Anstalten müssen psychiatrische Assistenten bzw. Abteilungsvorstände einen Teil der Arbeit übernehmen. Voraussetzung ist dabei, daß die betreffenden Psychiater ausreichend Gelegenheit haben, die Pfleglinge dauernd und regelmäßig zu beobachten, im Sinne einer klinischen Anstaltsbehandlung. In den derzeitigen Anstalten, welche pädagogischer oder geistlicher Leitung unterstehen, finden solche individualisierenden Beratungen des Lehr- und Pflegepersonals durch einen Psychiater gewöhnlich nicht statt. Eine Ausnahme machen u. a. die wenigen Idiotenabteilungen, welche Irrenanstalten angegliedert sind. Nur bei solchen und den Idiotenanstalten mit psychiatrischer Leitung kann die angedeutete psychiatrische Fürsorge durch individualisierende Beratungen ausreichend gestaltet werden.

Doch reicht die Beratung oder Belehrung der Lehr- und Pflegepersonen in der angedeuteten Weise gewöhnlich nicht aus. Die wechselnden Zustände der vorhandenen Krankheitserscheinungen und das Auftreten neuer Krankheitszustände, welche bei den erziehlichen Maßnahmen, zum Teil als Reaktion derselben, in Unterricht, bei Beschäftigung und Spiel in Abwesenheit des Psychiaters auftreten können, erfordern dauernd

ein verständnisvolles und rationelles Verhalten dieser Personen dem Pflegling gegenüber. Das letztere muß auch von den Lehrpersonen an Hilfsschulen und Nebenklassen in dem Verhalten ihren kranken Zöglingen gegenüber gefordert werden. In gleichem Sinne fordert *Henze*, Hilfsschulrektor in Frankfurt a. M., bei der Ausbildung der Volksschullehrer eine entsprechende Ergänzung derselben (Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns, Bd. II, Heft 2). Um die Lehr- und Pflegepersonen dazu in Stand zu setzen, sind dieselben mit diesbezüglichen allgemeinen Kenntnissen und Vorschriften auszustatten sowie mit einer entsprechenden Schulung im Verkehre mit den ihnen anvertrauten Kranken. Nur so kann vermieden werden, daß die Pfleglinge einer falschen und schädigenden Behandlung durch die Lehr- und Pflegepersonen ausgesetzt sind. Der oberste Grundsatz für jede ärztliche Behandlung, das „nil nocere", muß auch als unbedingte Forderung an diejenigen Personen aufgestellt werden, welche dem Psychiater bei der Behandlung und Pflege zur Hand und in unterrichtlicher Hinsicht mit ihm Hand in Hand gehen sollen. Ihr Verhalten muß für unsere Kranken den Anforderungen entsprechen, welche allgemein an die psychiatrische Behandlung der jugendlichen Schwachsinnigen und Psychopathen gestellt werden.

Bei der Auswahl derjenigen psychiatrischen Kenntnisse, die für die Ausbildung der genannten Lehr- und Pflegepersonen erforderlich und zweckmäßig sind, wird die Befolgung folgender Grundsätze in Frage kommen:

Für den Ausbildungsplan sind die an den genannten Anstalten tätigen nichtärztlichen Personen in die drei oben bezeichneten Gruppen zu teilen: 1. das pädagogische, 2. das Arbeitslehr- und 3. das Pflegepersonal.

Die letzte Gruppe kann als gleichartig dem an Irrenanstalten beschäftigten Pflegepersonal angesehen werden, so daß die für deren Ausbildung vorliegenden Erfahrungen benutzt werden können und von einer weiteren Erörterung hier abgesehen werden kann.

Die erste und zweite Gruppe sind hinsichtlich der Vorbildung und der Betätigung an den genannten Anstalten erheblich verschieden. Während die für die Beschäftigungserziehung angestellten Personen im allgemeinen nur über Volksschulbildung neben ihrer Berufsbildung verfügen, können bei der ersten Gruppe der pädagogisch gebildeten Lehrpersonen zum Teil einige geeignete Vorkenntnisse für die geplante weitere Ausbildung verwertet werden.

Dem Arbeitspersonal wären vorzugsweise allgemeine Belehrungen über abnorme Gefühls- und Willenserscheinungen der Pfleglinge, über Mängel der Auffassung und Konzentrationsfähigkeit, über Gedächtnis- und Urteilsschwäche, über Sinnesstörungen, wie Farbenblindheit u. dgl. zu geben. Doch dürfte die Belehrung über die Eigenarten des einzelnen

Pfleglings immer den wesentlichen Teil der diesbezüglichen Anweisungen für die Arbeitslehrpersonen bilden.

Die pädagogisch vorgebildeten Lehrpersonen bedürfen einer weitergehenden Ausbildung für die rationelle Behandlung ihrer Pfleglinge. Ihre Aufgabe, die Gefühls- und Willensäußerungen derselben in zweckmäßiger Richtung zu entwickeln, die intellektuellen Defekte nach Möglichkeit auszugleichen, die Auffassungsfähigkeit in bezug auf Umfang, Inhalt und Schnelligkeit zu fördern, die Urteilstätigkeit anzuregen, das Gedächtnis zu üben u. dgl. mehr, ist wesentlich verändert gegenüber dem schwachsinnigen oder psychopathischen Kinde, im Vergleich zur entsprechenden pädagogischen Arbeit an normalen Kindern. Mögen auch gewisse pädagogische Grundregeln, wie „vom Bekannten zum Unbekannten", „vom Nahen zum Entfernten", „vom Einfachen zum Zusammengesetzten", im allgemeinen ihre Bedeutung behalten, so sind doch die Voraussetzungen beim psychisch-defekten und -kranken Kinde andere, als die Pädagogik lehrt. Die krankhaften Erscheinungen verändern durch ihre Mannigfaltigkeit die psychische Reaktionsart solcher Kinder erheblich und in sehr beträchtlicher Variabilität. Daß mit den bisherigen pädagogischen Grundsätzen diese Kinder nicht gefördert werden konnten, auch wenn die krankhaften Zustände nicht so bedeutend erschienen, daß die Überweisung derselben in eine der bestehenden Idiotenanstalten erfolgte, hat die Entstehung und Entwicklung des Hilfsschulwesens ergeben. Vor Einrichtung desselben war die Beobachtung in allen größeren Volksschulbetrieben zu machen, daß eine Anzahl von Kindern über das Unterrichtsgebiet des zweiten oder dritten Schuljahres nicht hinauskam. Die traurige Rolle, welche solche Kinder in der Schule und auch im späteren Leben spielten, ist bekannt. Seit der Entwicklung des Hilfsschulwesens sind die groben Fälle der Vernachlässigung solcher nunmehr als krank erkannten Kinder wohl nahezu beseitigt. Doch fehlt anderseits eine ausreichende Fürsorge für die jugendlichen Psychopathen, worauf in neurer Zeit mehrfach, u. a. von *Ziehen* und *Helene Stelzner*, nachdrücklich hingewiesen worden ist. Auch hier hat sich die Normalpädagogik als unzureichend erwiesen. Die Hilfsschulpädagogik, welche im Begriff ist mit derjenigen der Idiotenanstalten zu verschmelzen und sich in steter Entwicklung befindet, kann nur zum Teil nutzbringend verwendet werden, da die Behandlung der Psychopathen in verschiedener Hinsicht andere Maßnahmen erfordert als die wesentlich auf die Förderung Schwachsinniger gerichtete Hilfsschulpädagogik. Zudem verdankt die letztere ihre Entwicklung der Vorarbeit der Psychiatrie und der wissenschaftlichen Psychologie, besonders der physiologischen Psychologie mit ihrer experimentellen Ausgestaltung der Psychophysik. Einer selbständigen Entwicklung der Hilfsschulpädagogik fehlte, wenn diese ausschließlich in pädagogischem Sinne ohne die Berücksichtigung der von den Psychiatern festgestellten wissenschaftlichen Tatsachen bliebe, der pathologische Boden, der eine richtige Entwicklung

dieses pädagogischen Gebietes allein gewährleistet. Da indessen die wissenschaftliche Erforschung des jugendlichen Schwachsinns und der psychopathischen Konstitutionen, wie alle Gebiete wissenschaftlicher Forschung, in stetigem Flusse ist, bedarf die diesbezügliche Pädagogik der dauernden grundlegenden Beeinflussung seitens der Psychiatrie und die Arbeit der auf diesem Gebiete tätigen Lehrpersonen einer immerwährenden Fortbildung durch Psychiater, welche die diesbezüglichen Ergebnisse der psychiatrischen Forschung für die pädagogische Arbeit dauernd fruchtbar machen. Nur dadurch wird die Möglichkeit gewährleistet, daß im Einklang mit der psychiatrischen Beurteilung den Pfleglingen der genannten Anstalten und den Schülern der Hilfsschulen und Nebenklassen die größtmögliche Förderung zuteil und jegliche Schädigung von ihnen ferngehalten wird. Damit wird in gleicher Weise die bereits von der Normalpädagogik seit langem hochgehaltene Forderung der eingehenden Berücksichtigung der Individualitäten — hier also der pathologisch veränderten — erfüllt, wie die Individualisierung für die psychiatrische wie jede ärztliche Behandlung eine conditio sine qua non ist. Unsere Forderung ist also sowohl psychiatrisch wie pädagogisch wissenschaftlich begründet. In psychiatrischer wie auch neurologischer Hinsicht wäre eine gewisse Erweiterung der den Pädagogen zu vermittelnden Kenntnisse noch in der Weise wünschenswert, daß auch die Erscheinungen von Nerven- und Geisteskrankheiten, welche häufig neben den erwähnten Krankheitsformen bei Jugendlichen auftreten oder als ursächliche Verhältnisse der psychischen Abnormitäten vorkommen, in allgemeinen Zügen den betr. Lehrpersonen bekannt sind. Diese Kenntnis ist deshalb wünschenswert, weil ein Übersehen solcher anderweitigen Krankheitserscheinungen zu ungünstiger krankhafter Entwicklung derselben führen kann, was bei rechtzeitiger Erkennung krankhafter Erscheinungen und Veranlassung entsprechender Maßnahmen nach psychiatrischer Direktive vermieden werden kann.

In Anstaltsbetrieben, wo tägliche Besuche und Beobachtungen durch den Psychiater stattfinden, können Erscheinungen bei den Pfleglingen, welche ein sofortiges ärztliches Eingreifen erfordern, leicht rationelle Behandlung erfahren. Bei Anstalten mit unzureichender ärztlicher Versorgung, im oben ausgeführten Sinne, wie in Hilfsschulen und Nebenklassen, sind vorläufige Maßnahmen durch die betr. Lehrpersonen nötig, sobald unerwartet auftretende Krankheitserscheinungen solche erfordern. Doch darf es damit nicht sein Bewenden haben, wie irrtümlich in pädagogischen und Verwaltungskreisen noch vielfach angenommen wird. Die sachkundige psychiatrische Behandlung darf nicht daraufhin unterbleiben. Es handelt sich gewissermaßen nur um eine erste Hilfe, welche das Lehrpersonal leisten kann. Für eine solche bedürfen die Lehrpersonen indessen der weitergehenden Kenntnisse, wie die im Vorhergehenden bezeichnet werden.

Es erhebt sich nunmehr die Frage, in welchem Umfange und in welcher Weise sollen die verschiedenen Gruppen der Lehr- und Pflegepersonen ausgebildet werden. Andeutungsweise läßt sich über diese umfangreiche und weiterer Untersuchungen harrende Aufgabe folgendes sagen. Das Pflegepersonal ist in ähnlicher Weise auszubilden, wie dies an Irrenanstalten bisher geschehen ist, entsprechend den bereits vorhandenen Lehrmethoden mit einigen Ergänzungen über die Beschäftigung und Spiele der Schwachsinnigen bzw. der Psychopathen. Mit letzterer Maßnahme sind verhältnismäßig leicht Hilfskräfte für die Lehr- und Arbeitslehrpersonen zu den genannten Betätigungen der Pfleglinge heranzubilden. — Über die besondere Ausbildung des Arbeitslehrpersonals sind bereits oben einige Hinweise gegeben. Auch auf diesem Gebiete liegen Erfahrungen an größeren Anstalten mit psychiatrischer Leitung vor. Diese zu sammeln und einheitlich zu verarbeiten, würde als nächste Aufgabe zu betrachten sein. Die Ausbildung der Arbeitslehrpersonen könnte darauf an größeren Anstalten in systematischen Kursen erfolgen, welchen sich praktische Übungen anzuschließen hätten. Schon zurzeit wird mit der praktischen Ausbildung von Arbeitslehrpersonen an verschiedenen öffentlichen Anstalten, wie u. a. in der Provinzialanstalt für Idioten und Epileptiker bei Potsdam und der Provinzialirrenanstalt in Uchtspringe, Wertvolles geleistet.

Die Ausbildung der pädagogischen Lehrkräfte kann sich auf Vorkenntnisse in der Seminarausbildung stützen, da die bei weiterem größere Zahl der Lehrpersonen, welche an Idiotenanstalten und im Hilfsschulwesen tätig sind, dem Volksschullehrerstande angehören. Weniger günstig stehen gewöhnlich in bezug auf diesbezügliche Vorkenntnisse die Geistlichen, welche noch zum Teil als Leiter von Idiotenanstalten und Fürsorgeerziehungsanstalten fungieren und nur ausnahmsweise über eine ähnliche allgemeine pädagogische Ausbildung verfügen, wie die Volksschullehrerseminare sie vermitteln. Die Vorkenntnisse der pädagogisch gebildeten Lehrpersonen, welche für die geplante psychiatrische Ausbildung in Frage kommen, betreffen vorzugsweise die Vorbildung in der Naturkunde, besonders in der sogenannten Anthropologie der Seminare (einer elementaren Anatomie und Physiologie des menschlichen Körpers), und in der Psychologie. Doch ist zu berücksichtigen, daß die naturkundliche Vorbildung an den Volksschullehrerseminaren (1. „Naturbeschreibung": Anthropologie, Zoologie, Botanik und Mineralogie, 2. „Naturlehre": Physik und Chemie) eine wesentlich äußerlich beschreibende und klassifizierende Behandlung der Naturkörper und eine beobachtend und experimentierend induktive der Naturvorgänge ist. Selbst die neuerdings an den Seminaren gepflegte sogenannte biologische Naturbetrachtung in schultechnischem Sinne ist auf äußere Verhältnisse und äußerlich zu betrachtende Vorgänge und Beziehungen beschränkt. Eine in die Tiefe der inneren und u
Verhältnisse dringende Kenntnis der naturwissenschaftlichen O

Erscheinungen mit praktischen Übungen, welche eine weitergehende Kenntnis der Dinge vermitteln, fehlt in der Lehrerbildung, die auch mit zu vielen anderen Gegenständen sich zu beschäftigen hat, um eine umfassende naturwissenschaftliche Bildung geben zu können, wie der Mediziner bis zum Tentamen physicum sie sich anzueignen hat. Der seminaristisch gebildete Lehrer denkt daher allgemein nicht naturwissenschaftlich-objektiv wie der Mediziner, sondern wesentlich doktrinär-moralistisch, der Tendenz der Seminarbildung entsprechend. Diese Tendenz hat einen zweifellos berechtigten Sinn für die allgemeine Volksbildung, welche die Lehrer zielbewußt vermitteln sollen. Sie ist aber mit vollem Bewußtsein in Rechnung zu setzen, wenn die Grundlagen festzustellen sind, welche die Volksschulbildung für eine psychiatrische Ausbildung als Voraussetzungen bietet. Die Lehrpersonen müssen vor allem lernen, sich objektiv-beobachtend zu verhalten bei Erscheinungen an ihren Pfleglingen, welche in der Normalpädagogik doktrinär-moralisierend betrachtet werden. Diese Erkenntnis pflegt bei erfahrnen Hilfsschullehrern zum Teil sich allmählich zu entwickeln, als Folge eines von Fehlerfolgen begleiteten Empirismus. Was die psychologische Vorbildung betrifft, so ist diese eine mehr allgemein induktiv-beobachtende und praktisch-methodische als wissenschaftliche, die physiologisch-experimentellen Tatsachen umfassend berücksichtigende. Der Zweck der praktisch-pädagogischen Anwendung und der schultechnischen Brauchbarkeit stehen bei der psychologischen Ausbildung im Lehrerseminar wieder im Vordergrunde und das in Hinsicht auf den Zweck mit Recht. Die Psychologie ist Führerin und Helferin in der pädagogischen Ausbildung. Zur Vermittlung einer wissenschaftlichen Psychologie mit dem großen Material der experimentellen Forschungen würde die Zeit in der seminaristischen Bildung nicht ausreichen, auch nicht die naturkundlichen Vorkenntnisse für eine wissenschaftliche Erkenntnis der Erscheinungen. — Die Naturkunde und Psychologie, wie sie die Lehrerbildung vermittelt, lassen sich nur mit erheblicher Einschränkung als Anknüpfungspunkte für eine psychiatrische Ausbildung verwenden, welche von den Elementen beginnend das Wissenswerte in wissenschaftlicher Form zur Kenntnis zu bringen hätte. Neben den Grundzügen der anatomisch-physiologischen Verhältnisse des Zentralnervensystems des Menschen wären die wichtigsten psychischen Erscheinungen in physiologisch-experimenteller Darstellung zu vermitteln. Hiervon ausgehend wären die pathologischen Abweichungen der psychischen Erscheinungen symptomatisch-beschreibend und experimentell mit Reaktionsversuchen zu geben. Die Krankheitserscheinungen würden als spontane und als Reaktionsanomalien mehr oder weniger komplizierter Art und das Auftreten von Symptomkomplexen als Krankheitszustände des Schwachsinns und der psychopathischen Konstitution zu behandeln sein. Die *pathologisch-anatomischen Verhältnisse*, sowie die *Ätiologie* und *Prognose* der betr. Krankheitszustände

scheiden zweckmäßig für diese Belehrung aus, da die hierfür notwendigen allgemein-naturwissenschaftlichen Grundlagen sich ohne praktisch-wissenschaftliche Arbeiten nicht schaffen lassen. Zu solchen etwa anatomisch-physiologischen Arbeiten einschließlich der hierfür unerläßlichen mikroskopischen Anatomie ist dem im Beruf stehenden Pädagogen ausreichende Zeit nicht zur Verfügung, wenn diese Arbeiten in gründlicher Weise und nur einigermaßen erschöpfend unternommen werden sollten. — Die Ausbildung in den nötigen psychiatrischen Kenntnissen bedürfte, wie schon oben angedeutet, nach der Richtung einer Ergänzung, daß die wesentlichsten Erscheinungen derjenigen Nerven- und Geisteskrankheiten bekannt gegeben würden, welche als Grundlage oder Begleiterscheinungen der Krankheitszustände von jugendlichen Schwachsinnigen und Psychopathen vorkommen. Doch muß bei solchen Belehrungen sorgfältig vermieden werden, Krankheitsbilder im Sinne wissenschaftlicher Monographien bestimmter Nerven- oder Geisteskrankheiten zu geben. Solche Belehrungen würden die unerwünschte Folgeerscheinung zeitigen, daß die Lehrpersonen Versuche machen würden, wissenschaftlich ungenügend begründete Diagnosen zu stellen. Es würde damit die Neigung, psychiatrische Zustände ohne ausreichende wissenschaftliche Grundlage selbständig zu beurteilen, in bedenklicher Weise gefördert, eine Neigung, deren Bestehen sich in bedauerlichen Erscheinungen schon jetzt auf Grund von oberflächlichen Informationen auf psychiatrischem Gebiete bei manchen Pädagogen bemerkbar macht. Die Kurse, durch welche beispielsweise *Sommer* und *Dannemann* in Gießen in selbstloser Weise die Errungenschaften psychiatrischer Forschung den Pädagogen und Juristen zu vermitteln bestrebt sind, führen leicht zu urteilsloser Überschätzung der Grenzen des Wissens und Könnens in psychiatrischen Dingen bei unzureichender wissenschaftlicher Grundlage solcher nichtärztlichen Kursteilnehmer, wenn derartige Kurse nicht die angedeutete Richtung vermeiden, durch welche die an sich segensreichen Bestrebungen der Verbreitung psychiatrischer Kenntnisse leicht zum Unsegen für die psychiatrische Wissenschaft werden können. Videant consules....... Noch bedenklicher ist es, über ärztliche Behandlungsmethoden bei den erwähnten Krankheiten eingehend vor Nichtärzten zu berichten, wie das unverständlicherweise neuerdings von einzelnen Anstaltsärzten geschehen ist, sogar unter kritischer Beleuchtung der verschiedenen Behandlungsmethoden. Die Gefahr, mit derartigen Mitteilungen vor Nichtärzten therapeutische Versuche von solchen bei geeigneten Gelegenheiten zu veranlassen oder zum mindesten eine unangebrachte Kritik derselben an ärztlichen Behandlungen von Anstaltspfleglingen herbeizuführen, liegt so nahe, daß nicht eindringlich genug vor derartigen, nur schädlichen Belehrungen gewarnt werden kann. Ähnliche Kurse zur Verbreitung wissenschaftlicher Kenntnisse in Laienkreisen werden zurzeit mit Berührung psychiatrischer und ver-

wandter Fragen gehalten in Jena, August 1908, wobei *Berger* über „Physiologische Psychologie", *Strohmayer* über „Psychopathologie des Kindesalters", *Spitner*-Leipzig über „Das Schulkind" vortragen. Januar und Februar 1908 wurde von der „Zentrale für private Fürsorge" ein Zyklus über das Thema: „Was können wir für die verwahrlosten Kinder tun?" veranstaltet, und anläßlich des V. sozial-pädagogischen Fortbildungskursus im Ev. Fröbelseminar finden in Kassel Vorträge über Erziehung und Unterricht nicht normal begabter Kinder statt, bei denen Dr. *Blumenfeld*-Kassel die Betrachtung des Themas vom medizinischen Standpunkte übernommen hat. Derartige Vorträge und Kurse können nützlich sein, wenn die oben angedeuteten Fehler vermieden werden, und sind in rationeller Organisation ein wertvolles Mittel, die Arbeit der nicht psychiatrisch vorgebildeten Personen an Anstalten für jugendliche Schwachsinnige und Psychopathen wirksamer und wertvoller zu machen zum Wohle unserer Kranken.

Diskussion. — Herr *Stier* weist darauf hin, daß die Notwendigkeit der psychiatrischen Aufklärung der Lehrer an Schulen für Schwachbefähigte ebenso allgemein anzuerkennen ist, wie der Wunsch der betreffenden, aufgeklärt zu werden. Der beste Weg zu einer solchen Ausbildung dürften mehrwöchige Kurse an psychiatrischen Kliniken sein, wie sie in Bonn von Dr. *Förster* bereits gehalten werden; zu solchen seien die Hilfsschullehrer möglichst dienstlich zu kommandieren. Um aber der Gefahr zu entgehen, daß die Hilfsschullehrer das in den Kursen Gelernte überschätzen und in der Anwendung der Praxis dann erst recht Fehler machen, sei notwendige Voraussetzung, daß zu Schulärzten an Hilfsschulen nur Psychiater bestimmt würden, die im konkreten Fall den Lehrer beraten können.

Herr *Falkenberg* erwähnt, daß auch die vorjährige Konferenz der Deutschen evangelischen Rettungshausverbände in Posen im Anschluß an ein von ihm erstattetes Referat bereitwilligst die Notwendigkeit anerkannt habe, die Erzieher, Leiter und Gehilfen an Rettungshäusern mit den Ergebnissen der psychopathologischen Forschung vertraut zu machen: in einer Resolution wurde damals u. a. den Provinzialverbänden die Veranstaltung von Informationskursen für Hausväter und Erzieher an Rettungshäusern und den Anstaltsleitern die Veranstaltung von regelmäßigen Konferenzen mit den Erziehern zur Besprechung der einschlägigen Fragen empfohlen. — Die Durchführung der an sich berechtigten Forderung des Vortragenden, daß die Belehrung der die Arbeiten usw. leitenden Gehilfen über den einzelnen Zögling durch den Psychiater bei seinen regelmäßigen Besuchen geschehen solle, werde in der Praxis vielfach an dem Mangel psychiatrisch durchgebildeter Ärzte und an der Kleinheit mancher Rettungshäuser scheitern, die regelmäßige Besuche eines Psychiaters nicht erforderlich machten. Die individualisierende Belehrung der Gehilfen

werde man daher zunächst noch recht häufig den besser auszubildenden Leitern überlassen müssen. In den für diese zu veranstaltenden Informationskursen werde man sich nicht auf theoretische Erörterungen beschränken dürfen, sondern an der Hand einzelner Fälle die verschiedenen Formen des Schwachsinns und der Psychopathien unter besonderer Berücksichtigung ihrer Abgrenzung gegen die Gesunden demonstrieren müssen. Die von dem Vortragenden hervorgehobene Gefahr, ein in seinen Folgen bedenkliches Halbwissen zu verbreiten, werde sich, auch wenn diagnostische Erörterungen nicht grundsätzlich ausgeschlossen würden, durch die ganze Anlage des Kursus vermeiden lassen.

Herr *Ziehen* teilt mit, daß in Berlin Kurse für Hilfsschullehrer in Aussicht genommen seien; von besonderer Wichtigkeit sei die psychiatrische Ausbildung der Schulärzte.

Herr *Moeli* hält ebenfalls Vermittelung durch Belehrung der Ärzte an den Hilfsschulen für unentbehrlich. An den Anstalten findet sich zum Teil ein Personal, das für die ihm mitzuteilenden Begriffe und deren praktische Folgen durchaus nicht so schwer zugänglich ist. Auch in den Anstalten für psychisch Kranke findet sich, trotzdem keine besondere Auslese stattfindet, ein zum Teil nicht unbrauchbares Pflege- und Beschäftigungspersonal.

Herr *Möller* spricht sich im Schlußwort ebenfalls dahin aus, daß zunächst die Leiter der Anstalt instruiert werden. Vom Kurs *Förster* in Bonn sei ihm wohl bekannt, daß dieser für Hilfsschullehrer gehalten sei, doch habe er (der Vortragende) über denselben nichts Näheres in Erfahrung bringen können, wie Herr *Stier* selbst. Die angedeutete Gefahr der Halbbildung würde noch vielfach unterschätzt. Eine besondere psychiatrische Vorbildung der Hilfsschulärzte würde auch von pädagogischer Seite gewünscht, so neuerdings von Hilfsschulrektor *Henze* in der im Vortrag erwähnten Abhandlung. Eine Trennung der Kurse für Schulärzte und Hilfsschulärzte hält auch er für notwendig, einesteils der verschiedenen Vorbildung wegen, andernteils weil sich nur so die Fehler vermeiden lassen, den Lehrpersonen gegenüber Krankheitsbilder zu geben und über therapeutische Fragen zu sprechen, was bei den Schulärzten gerade ausführlich zu behandeln sei. Die ärztlichen Fortbildungskurse für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns und der psychopathischen Konstitution dürften im Sinne von Herrn *Ziehen* zweckmäßig als dauernder Bestandteil bei allen ärztlichen Fortbildungskursen in Deutschland einzufügen sein, um die Befähigung der praktischen Ärzte für die schulärztliche Tätigkeit allgemein zu erhöhen. Für die Hilfsschulen und Idiotenanstalten möchte der Vortragende nicht auf die Tätigkeit von Psychiatern an solchen verzichten, besonders im wissenschaftlichen Interesse. Für die Ausbildung des Arbeitslehr- und des Pflegepersonals lägen, wie im Vortrag bereits bemerkt, wertvolle Erfahrungen vor, die nur der Sammlung bedürfen. *Gock.*



81. Ordentliche Versammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz am 20. Juni 1908 in Bonn.

Anwesend sind die Mitglieder: *Adams*, *Aschaffenburg*, *Beyer*, *Deiters*, *v. Ehrenwall*, *Fabricius*, *Finklenburg*, *Foerster*, *Geller*, *Gerhartz*, *Gudden*, *von der Helm*, *Herting*, *Herzfeld*, *Hübner*, *Kentenich*-Gladbach, *Kirch*, *Kleefisch*, *Kölpin*, *Landerer*, *Liebmann*, *Lohmer*, *Lückerath*, *Mörchen*, *Mohr*, *Neuhaus*, *Nockher*, *Peipers*, *Pelman*, *Peretti*, *Pfahl*, *Plempel*, *Pollitz*, *Rademacher*, *Rosenthal*, *Rusak*, *Schlegtendal*, *Schmitz*, *Schroeder*, *Schütte*, *Siebert*, *Sioli*, *Thomsen*, *Umpfenbach*, *Ungar*, *Wahn*, *Westphal*, *Wex*, *Weyert*, *Witte*.

Als Gäste sind anwesend: Dr. *Müller*-Köln-Lindenburg, Stabsarzt Dr. *Romberg*-Mainz, Professor *Sioli*-Frankfurt a./M., Privatdozent Dr. *Vogt*-Frankfurt a./M., Dr. *Wolfskehl*-Frankfurt a./M.

Der Vorsitzende macht zunächst Mitteilung von dem im Mai cr. erfolgten Tod des langjährigen Mitgliedes Dr. *Schoepplenberg*-Godesberg und teilt ein Dankschreiben von *Bresler*-Lublinitz mit für den vom Psychiatrischen Verein der Rheinprovinz für die *Möbius*-Stiftung übersandten Beitrag. Direktor *Herting* übernimmt es, den Verein auf dem III. Internationalen Kongreß für Irrenpflege im Oktober 1908 in Wien zu vertreten. Nachdem Professor *Westphal* den Vorsitzenden Geh.-R. *Pelman* noch nachträglich zur Vollendung seines siebzigsten Lebensjahres im Namen des Vereins beglückwünscht, werden durch Akklamation in den Verein aufgenommen: Dr. *Baumann*-Ahrweiler, Dr. *Benning*-Pützchen, Dr. *Berg*-Düsseldorf, Dr. *Sioli*-Bonn und Dr. *Trapet*-Bonn.

Zur Aufnahme in den Verein melden sich: Dr. *Brandt*, Assistenzarzt der Provinzial-Heilanstalt Merzig, Dr. *Großmann*, und Dr. *Lincke*, Provinzial-Heilanstalt Grafenberg, Dr. *Storck*, Provinzial-Heilanstalt Merzig.

Der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz hatte sich in seiner 3. Hauptversammlung am 31. Oktober 1907 in Köln mit der Stellung des Hilfsvereins zu den kriminellen Geisteskranken beschäftigt und war nach einem Vortrag des Direktor *Herting*-Galkhausen zu folgendem Ergebnis gekommen:

1. Der Hilfsverein macht in seiner persönlichen Fürsorge für die Geisteskranken, Geisteskrankgewesenen und deren Familie, sofern sie arm und hilfsbedürftig sind, keinen Unterschied, ob dieselben unbescholten sind oder eine schwere kriminelle Vergangenheit haben.

3. Der Hilfsverein betrachtet eine möglichst weitgehende räumliche Trennung der unbescholtenen Geisteskranken von den sogenannten geisteskranken Verbrechern innerhalb der Anstalten als im höchsten Maße erwünscht.

3. Der Hilfsverein erwartet, daß nach einer etwaigen Reform der Strafgesetzgebung auch der § 493 der Strafprozeßordnung (betr. Anrechnung des Krankenhausaufenthaltes auf die Strafzeit) auch auf die geisteskrank gewordenen Strafgefangenen sinngemäße Anwendung findet, und zwar in einer die bisherige Anstaltsbehandlung der unbescholtenen Geisteskranken nicht berührenden Form.

4. (Ergebnis der Diskussion:) Der Hilfsverein erklärt es für wünschenswert, daß die Voraussetzungen für die Festhaltung der geisteskranken Verbrecher entweder im Wege des Entmündigungsverfahrens oder in einem besonders zu schaffenden Verfahren für jeden einzelnen Fall festgestellt werden.

Nachdem *Herting* dem Psychiatrischen Verein kurz hierüber berichtet, schlägt er die folgende Resolution vor, welcher die Anwesenden einstimmig beitreten:

Der Psychiatrische Verein der Rheinprovinz nimmt mit besonderer Freude Kenntnis von dem Interesse, das der Hilfsverein für Geisteskranke in der Rheinprovinz durch die eingehende Besprechung wichtiger die Irrenfürsorge und die Irrengesetzgebung betreffender Fragen und durch sein aktives darauf gerichtetes Vorgehen bekundet. Ohne auf eine spezielle Erörterung der einzelnen Punkte seiner Besprechung einzugehen, stimmt er im allgemeinen den geäußerten Wünschen insofern bei, als er bei den bevorstehenden Gesetzreformen gleichfalls ihre entsprechende Berücksichtigung erhofft.

Es folgen die Vorträge:

Westphal: I. Manisch-depressives Irresein und Lues cerebri.

Die folgenden Demonstrationen schließen sich Beobachtungen über die Differentialdiagnose der progressiven Paralyse an, die ich in früheren Veröffentlichungen [1]) wiedergegeben habe. Die ersten drei Fälle gehören, wie eine Anzahl der früher mitgeteilten, in das Gebiet des manisch-depressiven Irreseins, sie sind wie diese durch die Verbindung mit organischen Symptomen von Gehirnlues bemerkenswert.

Die erste Patientin, die 36 Jahre alte Frau Th., ist bereits wiederholt wegen Anfällen von typisch manisch-depressivem Charakter hier in Behandlung gewesen. Die Anfälle haben sich erst in der Ehe im Anschluß an eine Entbindung entwickelt. Während in den melancholischen Phasen traurige Verstimmung und psychomotorische Hemmung das Krankheitsbild beherrschen, ist die Stimmung in den manischen Zeiten sehr affektbetont, Pat. bald heiter, bald zornig erregt, ideenflüchtig, anknüpfend usw. In den freien Intervallen erscheint Pat. völlig geordnet, frei von allen psychotischen Symptomen, besitzt gute Krankheitseinsicht. Von somatischen Symptomen ist andauernd zu konstatieren, daß die rechte

[1]) Medizinische Klinik 1905 Nr. 27 und 1907 Nr



Pupille fast doppelt so weit wie die linke ist, auf Licht nicht reagiert, während links noch eine minimale Reaktion vorhanden ist. Die Konvergenzreaktion ist vorhanden. Die reflektorische Pupillenstarre bietet bisher das einzige auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems hindeutende Erscheinung dar. Die Spinalflüssigkeit zeigt nach Hinzufügen von Magnesiasulfatlösung starke Trübung beim Kochen und Pleocytose. Die *Wassermann*sche Reaktion ist stark positiv. Anamnestisch war festzustellen, daß der Ehemann vor der Verheiratung Lues gehabt hatte. Patientin hatte unter 11 Entbindungen 2 Aborte und 3 Frühgeburten.

Der zweite Patient, der 58 Jahre alte H. M., leidet bereits seit seinem 28. Lebensjahre an ausgesprochen manischen Anfällen, während depressive Phasen bei ihm bisher nicht beobachtet worden sind. Die manischen Phasen sind charakterisiert durch große motorische Unruhe, Betätigungsdrang, sehr gehobene Stimmung, Ideenflucht, sowie durch das Auftreten stets derselben Größenideen (Heiland, Freund des Kaisers, großer Arzt usw.) und durch lebhafte Sinnestäuschungen. In den freien Intervallen, von denen das letzte 16 Jahre angedauert hat, bestehen keinerlei psychotische Erscheinungen. Patient ist in seinem Berufe in dieser Zeit mit Erfolg tätig.

Schon 1878 bei dem ersten Anfall sind Pupillenstörungen konstatiert worden. Bei der ersten Aufnahme in Bonn (1890) bestand Pupillendifferenz, die rechte Pupille war stark verengt. Beide Pupillen reagierten noch träge auf Lichteinfall. Zurzeit ist beiderseits Miosis vorhanden, mit aufgehobener Licht-, aber erhaltener Konvergenzreaktion. Außer der reflektorischen Pupillenstarre kein Zeichen einer organischen Erkrankung. Die Untersuchung der Spinalflüssigkeit und des Serum hat noch nicht stattgefunden. Patient stellt Lues in Abrede.

Der dritte Patient, der 57 jährige P. K., leidet seit dem Jahre 1891 an Anfällen manisch-depressiven Irreseins [1]. Während die depressiven Phasen keine Besonderheiten darbieten, sind die manischen Zeiten ausgezeichnet durch das Auftreten von fixierten Wahnvorstellungen, von anscheinend paranoischem Charakter, wegen deren bei früheren Anfällen die Diagnose Paranoia chronica gestellt worden ist. Mit dem Beginn der Erregung [2]) tritt er regelmäßig mit Ansprüchen

---

[1]) Dieser Fall konnte aus äußeren Gründen nicht demonstriert werden.

[2]) Einen ganz ähnlichen Fall einer periodischen Psychose beobachte ich zurzeit, bei dem regelmäßig während der manischen Phasen, die seit

an eine große Millionenerbschaft hervor, die er in Paris auf Grund von verwandtschaftlichen, angeblich aus dem 16. Jahrhundert stammenden Beziehungen antreten müsse. Er entwickelt die Vorstellungen, diese Erbschaft betreffend, in außerordentlich flüssiger, lebhafter, zusammenhängender Weise und hat die Begründung zu diesen angeblichen Erbschaftsansprüchen in einem sehr ausführlichen höchst komplizierten Exposé, welches er hat drucken lassen, niedergelegt. Im Beginn seiner manischen Phasen reist er regelmäßig nach Paris, um dort mit seinen Ansprüchen beim Kassationshofe [1]) hervorzutreten, wird aber dort stets abgewiesen Nach Ablauf der manischen Phase beruhigt sich Patient, sieht das Unsinnige seiner Bestrebungen ein und spricht bis zum Beginn einer neuen Erregung kein Wort mehr von dieser Angelegenheit. Neben den Vorstellungen, die Erbschaft betreffend, welche stets wie ein roter Faden die manische Phase durchziehen, kehren in derselben regelmäßig auch andere Größenideen, seine hohe Abstammung, seine Beziehungen zu Fürstlichkeiten usw. betreffend, immer in derselben Weise mit „photographischer Treue" wieder.

Das eigenartige Krankheitsbild wird weiter kompliziert durch die Erscheinung der reflektorischen Pupillenstarre. Andere somatische Reiz- oder Lähmungserscheinungen fehlen völlig. Die Intelligenz des lebhaften, sehr beredten und nicht humorlosen Mannes ist ganz intakt.

Syphilis wird in Abrede gestellt. Die Spinalpunktion und Blutuntersuchung wird von dem Patienten abgelehnt.

Diese Betrachtungen zeigen übereinstimmend ein isoliertes Symptom einer organischen Erkrankung des Zentralnervensystems, die reflektorische Pupillenstarre, in Verbindung mit Psychosen von manisch-depressivem Charakter. Die praktische Wichtigkeit, derartige Fälle von dem als Zustandsbild oft sehr ähnlichen Symptomenkomplexe der Dementia paralytica zu trennen, liegt auf der Hand. *Gaupp* [2]) und ich (l. c.) haben bereits auf die Schwierigkeit der

---

32 Jahren bestehen, ganz bestimmte Wahnideen, eine große Erbschaft betreffend, auftreten. Sehr wahrscheinlich syphilitische Infektion vorausgegangen. Es bestehen Störungen der Lichtreaktion der Pupillen und eine leichte Ptosis.

[1]) Nach den von uns eingezogenen Erkundigungen ist ein Erbschaftsprozeß der Art, wie ihn Patient beschreibt, in der Tat beim Kassationshofe in Paris geführt worden; er wird als Schwindel, in der Art der berühmten Angelegenheit Humbert bezeichnet, von dem nicht das geringste Resultat zu erwarten sei.

[2]) Zur Frage der stationären Paralyse. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Nr. 245.



Differentialdiagnose dieser Fälle hingewiesen. Der Verlauf der Krankheit, die von psychotischen Symptomen völlig freien intervallären Zeiten, sichern in den uns hier beschäftigenden Fällen die Diagnose. Es fragt sich im Einzelfalle: liegt hier ein zufälliges Zusammenkommen einer periodischen Psychose mit einer syphilitischen Erkrankung des Zentralnervensystems vor, als deren einziges nachweisbares Zeichen die reflektorische Pupillenstarre besteht [1]), oder handelt es sich um Zustandsbilder einer psychischen Erkrankung mit periodischer Verlaufsweise auf luischer Basis? Für Fälle der ersten Gruppe habe ich vor kurzem (l. c.) Belege gebracht. Die Möglichkeit des inneren Zusammenhanges der Krankheitserscheinungen ist meines Erachtens bisher nicht genügend in Betracht gezogen worden, obwohl vielfache klinische Erfahrungen darauf hinweisen, daß sich auf organischer Grundlage Psychosen mit zirkulären Verlaufsweisen entwickeln können. Was die Lues cerebri anbetrifft, haben *Ziehen* [2]), *Saiz* [3]), *Raymond* und *Janet* [4]) interessante Beobachtungen mitgeteilt, bei denen sich im Verlauf des organischen Gehirnleidens das Symptomenbild des manisch-depressiven Irreseins entwickelte. Auf ausgesprochene manisch-depressive alternierende Zustandsbilder im Verlaufe der progressiven Paralyse hat vor kurzem [5]) *Moravcsik* hingewiesen. *Hoppe* [6]) und *Pilcz* [7]) neigen der Ansicht zu, daß sich bei Gehirnherden verschiedener Art periodisch verlaufende Geistesstörungen von manisch-depressivem Charakter entwickeln können. Ich stimme *Hoppe* und *Saiz* bei, daß es sich hier um „symptomatische Psychosen" handelt, die ihrem Wesen nach von den typischen Fällen des periodischen Irreseins zu trennen sind, halte jedoch die Frage für nicht entschieden, ob die psychischen Krankheitsbilder und Verlaufsweisen an sich in allen Fällen genügende Anhaltspunkte zur Unterscheidung bieten. Bei der Lues cerebri, bei der Zustandsbilder der allerverschiedensten Färbung vorkommen, scheint mir die Möglichkeit eines Zusammenhanges mit einer periodischen Psychose in Betracht gezogen werden zu müssen, wenn sich nachweisen läßt, daß sich Psychose und körperliche Lähmungserscheinungen gemeinsam im Anschluß an die Infektion entwickelt haben, wie ich es für eigenartige

[1]) Die ausschlaggebende diagnostische Bedeutung dieses Symptoms für die metasyphilitischen Erkrankungen des Zentralnervensystems, der Tabes und Paralyse, hat vor kurzem *Bumke* (Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 47, 1907) wieder in einem zusammenfassenden Referate betont.

[2]) Ref. Zentralblatt f. Nervenhlk. u. Psych. 1906 S. 653.

[3]) Untersuchungen über die Ätiologie der Manie usw. Berlin 1907.

[4]) Ref. Neurol. Zentralblatt 1904 S. 237.

[5]) *Gaupps* Zentralblatt Nr. 262.

[6]) Zur pathologischen Anatomie der periodischen Psychosen (Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 44. Bd. 1908).

[7]) Die periodischen Geistesstörungen.

ungemein chronisch verlaufende hypomanische Erregungszustände mit mannigfachen organischen nervösen Störungen früher (l. c.) gezeigt habe. Die soeben demonstrierten Fälle erlauben kein sicheres Urteil über die in Frage stehenden Beziehungen, da Angaben über den Zeitpunkt der Infektion fehlen. Sehr bemerkenswert ist der zweite Fall, in dem periodische Manie mit Pupillenstörungen seit 30 Jahren besteht, so daß hier an die Möglichkeit eines ätiologischen Zusammenhanges von Psychose und der organischen Erkrankung gedacht werden kann. Recht interessant liegen diese Verhältnisse in dem hierauf demonstrierten Fall von

II. Tabes und Psychose.

Der 45 jährige Patient befindet sich im paraplegischen Stadium der Tabes. Er hat sich, wie er mit aller Bestimmtheit angibt, am 20. August 1902 syphilitisch infiziert. Eine spezifische Kur hat nicht stattgefunden. Bald nach der Infektion traten die ersten tabischen Symptome, lanzinierende Schmerzen, Gürtelgefühl, Blasenschwäche usw. auf, die sich dann in ganz rapider Weise zu dem jetzt vorhandenen schweren Krankheitsbild weiterentwickelten. Es besteht zurzeit hochgradigste Ataxie, so daß Patient weder zu gehen noch zu stehen imstande ist. Ferner ist reflektorische Pupillenstarre, Fehlen der Sehnenreflexe, Blasenlähmung, Analgesie der unteren Extremitäten nachweisbar. Was die Gelenke betrifft, besteht links ein pied tabétique in deutlicher Ausbildung, am linken Kniegelenk eine leichtere, schmerzlose Anschwellung mit Krachen im Gelenk bei passiven Bewegungen. Bemerkenswerterweise hat sich nun bei dem früher psychisch gesunden Patienten anscheinend zugleich mit der Entstehung der tabischen Erscheinungen eine Psychose paranoiden Charakters entwickelt. Es bestehen zahllose unzusammenhängende, aber doch feststehende, immer wieder in gleicher oder ähnlicher Weise vorgetragene Verfolgungs- und Größenideen. Interessanterweise gehen die Verfolgungsideen Hand in Hand mit illusionärer Auslegung der bestehenden mannigfachen tabischen Schmerzen und Parästhesien. „Verfolger stehen und bohren ihm in die Beine, vertauben ihm die Arme und Hände (er demonstriert genau die vom N. Ulnaris innervierten Hautpartien), bedrücken seine Brust mit eisernen Klammern, brennen ihm die Blase. Meineide sind gegen ihn geschworen worden, die Welt mit den guten und bösen Klopfgeistern ist gegen ihn. Die Spiritisten hypnotisieren ihn, durch sein Leiden soll die Gerechtigkeit an den Tag kommen, er sei der Märtyrer der Welt usw." Patient ist dabei in seinem Benehmen durchaus geordnet, auch vortrefflich orientiert, die Merkfähigkeit eine gute. Intelligenzdefekte sind nicht nachweisbar. Die Sprache sehr fließend, ohne jede Störung.

Dieser Fall ist bemerkenswert durch die ungewöhnlich schnelle Entwicklung einer Tabes im Anschluß an eine syphilitische Infektion, durch den rapiden Verlauf der tabischen Erkrankung, sowie durch die Verbindung mit einer Psychose, deren Wahnvorstellungen

in engen Beziehungen zu illusionären Auslegungen von tabischen Erscheinungen bestehen.

Im Mittelpunkt des Interesses steht auch bei dieser Beobachtung die Frage: liegt hier eine zufällige Komplikation einer Psychose mit einer Tabes vor, oder handelt es sich um nähere, innere ätiologische Beziehungen beider Erkrankungen? [1]) Bereits in meiner letzten Arbeit (l. c.) habe ich für die chronische Paranoia und für paranoische mit körperlichen Lähmungserscheinungen einhergehende Erkrankungsformen diagnostisch bemerkenswerte Fälle mitgeteilt. Unser Fall schließt sich diesen Beobachtungen an. Ein sicheres Urteil über die in Frage stehenden ätiologischen Beziehungen vermag ich nicht abzugeben, wenn auch die Entwicklung der psychischen Störung im engen Zusammenhang mit der organischen ungewöhnlich schweren Nervenerkrankung darauf hinweist, daß hier vielleicht eine für das Zentralnervensystem besonders deletäre Infektion zu gleicher Zeit zu tabischen Degenerationen und zu psychischen Symptomenkomplexen auf luischer Basis geführt hat. In dem vorliegenden Falle spricht die ungestörte Intelligenz, das Fehlen der Sprachstörung, die ausgezeichnete Merkfähigkeit, der Gesamteindruck der psychischen Persönlichkeit unseres Patienten durchaus gegen die Annahme einer Paralyse [2]).

III. Zur Differentialdiagnose der arteriosklerotischen Psychosen und der Dementia paralytica.

Der vorgestellte 61 jährige Herr, früher technischer Leiter einer Fabrik, erkrankte vor 21 Jahren. Es stellte sich damals zunehmende Gedächtnisschwäche, unstetes Wesen in Verbindung mit einer deutlichen Spachstörung ein, so daß er seine Stelle aufgeben mußte. Seit 12 Jahren nach einem „Schlaganfall“, bei dem vorübergehend der rechte Arm gelähmt gewesen sein soll, Verschlimmerung des Leidens. Die „Schläge“ sollen sich in der Folgezeit noch öfters wiederholt haben, stets ohne längerdauernde körperliche Lähmungserscheinungen zurückzulassen. Nur wurde die Sprache immer unverständlicher, das Wesen des Patienten zerfahrener, Gedächtnis und Urteilskraft nahmen ab. In der hiesigen Anstalt ist Patient seit 3 Jahren in Behandlung. Patient ist kräftig gebaut, sieht seinem Alter entsprechend aus. Die körperliche Untersuchung ergibt: Die Pupillen sind ziemlich eng, rechts etwas weiter als links.

---

[1]) Ich beobachte zurzeit einen anderen tabischen Kranken mit zahlreichen Erscheinungen einer degenerativen Psychose, unter denen feststehende Größenvorstellungen, seine hohe Abkunft betreffend, den ersten Platz einnehmen. Die Intelligenz ist intakt. Auch der Verlauf der Krankheit spricht durchaus gegen Paralyse.

[2]) In ähnlicher Weise hat sich vor kurzem *Joffroy* bei der Diskussion über in dies Gebiet gehörende Krankheitsfälle ausgesprochen (Pariser med. Ges., Juni 1908, ref. D. med. Wchnschr. 1908, Nr. 32, Vereinsbeilage S. 1704). (Anm. b. d. Korr.)

Beide Pupillen sind verzogen. Die linke Pupille ist völlig lichtstarr, rechts bei intensiver Beleuchtung noch eine minimale träge Reaktion hervorzurufen. Die Konvergenzreaktion ist beiderseits prompt vorhanden. Die Augenbewegungen sind frei, Augenhintergrund normal. Die Sprache zeigt bei wiederholten Untersuchungen ein wechselndes Verhalten. Sie ist zu manchen Zeiten so hochgradig artikulatorisch gestört, lallend, schmierend, stolpernd, daß sie fast völlig unverständlich ist. Zu anderen Zeiten ist die Sprache besser, so daß eine Verständigung mit dem Patienten gut möglich ist, erscheint aber doch ganz nach Art der paralytischen Sprache gestört. Wieder zu anderen Zeiten treten die Sprachstörungen fast völlig zurück, sind nur bei längeren Unterredungen mitunter wahrnehmbar. Konstant ist, bald sehr stark ausgebildet, bald weniger lebhaft, Beben und Zucken der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen vorhanden. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind lebhaft. Kein Fußklonus, kein Babinski.! Keine Blasen- oder Mastdarmstörungen. Beim Schreiben gelegentlich Auslassen von einzelnen Wörtern oder Buchstaben. Halbseitige motorische und sensible Lähmungserscheinungen fehlen an den Extremitäten völlig. Auch im Fazialisgebiet keine deutliche Differenz. Dagegen weicht die herausgestreckte Zunge etwas nach der rechten Seite ab. Die Arteriae radiales sind rigide, der zweite Aortenton klappend. Urin frei von abnormen Bestandteilen. Schwindelanfälle oder anfallsartige Zustände sind bei dem jetzt dreijährigen Aufenthalt des Patienten in unserer Anstalt niemals beobachtet worden.

Ein eigentümliches Verhalten bietet Patient in psychischer Beziehung dar. Er benimmt sich andauernd geordnet, wahrt die äußeren Formen, ist in seiner Kleidung, beim Essen und Trinken sauber. Auffallende Stimmungsschwankungen wurden nicht beobachtet, zeitweilig erscheint er etwas unwirsch, leicht gereizt. Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen bestehen nicht. Seine Intelligenz, die Urteilsfähigkeit, seine Kenntnisse, Gedächtnis und besonders die Merkfähigkeit weisen zweifellos Defekte auf, die aber bemerkenswerterweise zu verschiedenen Zeiten sehr verschieden deutlich ausgeprägt erscheinen. Während Patient zu manchen Zeiten die elementarsten Fragen falsch oder überhaupt nicht beantwortet, zeitlich unorientiert erscheint, schon beim Rechnen mit dem kleinen Einmaleins die gröbsten Fehler macht, gibt er zu anderen Zeiten auf diese und schwierigere Fragen ganz sinnentsprechende Antworten, rechnet noch leichtere Zinsaufgaben richtig, läßt weitergehende Defekte seines früher erworbenen Wissens kaum erkennen. Dagegen erscheint die Merkfähigkeit, zu den verschiedensten Zeiten geprüft, stets herabgesetzt. Ebenso ist es zweifellos, daß die geistige Leistungsfähigkeit, die Lebendigkeit und Frische des Patienten wesentlich gelitten hat. Der früher gebildete, fleißige Mann ist unfähig zu jeder geistigen Arbeit, lebt stumpf,

willensschwach und gleichgültig dahin. Die erwähnten Schwankungen in dem psychischen Befinden treten außerordentlich plötzlich, unvermittelt, mitunter von einem Tag zum anderen in ganz auffallender Weise hervor. Eine Abhängigkeit dieses wechselvollen psychischen Befindens von äußeren Ursachen, Ermüdung usw. ist nicht nachweisbar. Syphilis wird mit Bestimmtheit in Abrede gestellt. Die körperliche Untersuchung ergibt kein Zeichen überstandener Lues. Die Spinalflüssigkeit ist wasserklar, läßt nach Hinzufügen von Magnesiasulfatlösung keine Trübung beim Kochen erkennen. Keine Lymphocytose. Die *Wassermann*sche Reaktion ist negativ.

In diesem Falle finden wir auf körperlichem Gebiete die ausgesprochenen Zeichen der progressiven Paralyse, reflektorische Pupillenstarre und eine sehr schwere artikulatorische Sprachstörung, die nicht von der charakteristischen paralytischen Sprachstörung zu unterscheiden ist, in Verbindung mit psychischen Veränderungen, ohne daß die Annahme einer progressiven Paralyse gerechtfertigt erscheint. Wenn auch die lange Dauer der Erkrankung (21 Jahre) nicht unbedingt gegen diese Annahme spricht [1]) — *Alzheimer* hat den anatomischen Nachweis einer Paralyse von 32 jähriger Dauer vor kurzem erbracht — so ist doch der Verlauf keineswegs ein progressiver, sondern ein stationärer mit Neigung zu sehr ausgesprochenen Remissionen. Diese Remissionen treten ganz plötzlich, sprungweise und unvermittelt auf, unterscheiden sich durch diesen Verlauf von den Remissionen der Dementia paralytica, von denen sie auch in der Vollständigkeit der vorübergehenden Wiederherstellung des früheren geistigen Besitzstandes abweichen. Das psychische Verhalten des Patienten bietet mannigfache Berührungspunkte mit der Verlaufsweise der langsam unter dem Bilde einer einfachen Demenz verlaufenden Paralyse dar, aber das Gesamtbild der psychischen Erkrankung unterscheidet sich doch wesentlich von dem einer Paralyse. Die äußere Haltung des Patienten, das Zurücktreten von ethischen Defekten, das im ganzen viel komponiertere, geordnete Verhalten entspricht nicht dem eines Paralytikers nach jahrelanger Erkrankung.

Über die Ursache und das Wesen der Erkrankung vermögen wir Sicheres nicht auszusagen. Am wahrscheinlichsten erscheint mir die Annahme, daß kleine zerebrale Erkrankungsherde infolge von Gefäßveränderungen arteriosklerotischer Natur die Ursache des Leidens bilden. Die kurzdauernden apoplektiformen Insulte, nach denen eine dauernde rechtsseitige Parese der Zunge bestehen blieb, in Verbindung mit objektiv nachweisbaren arteriosklerotischen Veränderungen und dem gesamten

---

[1]) *Gaupp* und *Alzheimer*, Zur Frage der stationären Paralyse, Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie Nr. 245.

psychischen Verhalten des Patienten, sprechen für diese Annahme. *Weber*[1]) hat vor kurzem eine zusammenfassende Darstellung des klinischen Verlaufs der arteriosklerotischen Seelenstörungen mit besonderer Berücksichtigung der Differentialdiagnose dieser Erkrankungsform von der progressiven Paralyse gegeben. Die Wichtigkeit der eigenartigen Remissionen, als unterscheidendes Merkmal, auf die zuerst *Binswanger*[2]) die Aufmerksamkeit gelenkt hat, hebt auch *Weber* ausdrücklich hervor. In unserem Falle ist nicht nur das psychische Verhalten durch diese Remissionen ausgezeichnet, auch die artikulatorische Sprachstörung, die nach *Weber* bei diesen Fällen fast ganz fehlen soll, zeigt bemerkenswerterweise einen ausgesprochen remittierenden Charakter

Sehr auffallend und zunächst nicht aufgeklärt bleibt die andauernd zu konstatierende reflektorische Pupillenstarre[3]) in unserem Falle. *Weber*, der in seiner Arbeit die Pupillensymptome bei den arteriosklerotischen Seelenstörungen eingehend gewürdigt hat, kommt zu dem Schlusse, daß die reflektorische Starre als dauerndes Symptom keine Erscheinung der arteriosklerotischen Gehirnveränderung bilde, sondern nur der Paralyse und der Gehirnsyphilis zukommen. Die Entscheidung der Frage, ob diese Annahme ausnahmlos zu Recht besteht, bleibt der weiteren Forschung vorbehalten. Bei dem heutigen Standpunkt unseres Wissens macht das Symptom der reflektorischen Pupillenstarre es auch für unseren Fall wahrscheinlich, daß trotz negativen Ausfalls der *Wassermann*schen Reaktion und der fehlenden Pleocytose Syphilis bestanden hat und in dem Krankheitsbilde eine Rolle spielt. Die genauere Kenntnis des Zusammenhanges der beobachteten Krankheitserscheinungen entzieht sich jedoch unserer Beurteilung.

Die vorliegende Beobachtung gehört zu derjenigen Gruppe von Erkrankungsfällen, die früher wohl sicher als „stationäre Paralyse" bezeichnet worden wären, Fälle, auf die als einer der ersten *Öbeke*[4]) hingewiesen hat. Ich bin mit *Gaupp* (l. c.) der Ansicht, daß unsere neueren Erfahrungen uns zwingen, bei der Annahme einer „stationären Paralyse"

---

[1]) Zur Klinik der arteriosklerotischen Seelenstörungen. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie Bd. XXIII (mit Literaturverzeichnis).

[2]) Zur Abgrenzung der allgemeinen progressiven Paralyse. Berliner klinische Wochenschrift 1894.

[3]) Über ein anfallsweises Auftreten und Wiederverschwinden der reflektorischen Pupillenstarre — ganz ähnlich dem von uns beschriebenen Verhalten der Sprachstörung — bei arteriosklerotischen Psychosen berichtet *Weber*. (Zur prognostischen Bedeutung des *Argyll Robertson*schen Phänomens. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. XXI).

[4]) Zeitschrift für Psychiatrie 36. Bd. 1880.

ihr abgetrennt haben, sondern daß wir noch andere Krankheitsvorgänge von der Paralyse unterscheiden lernen müssen."

Neben der anatomischen Forschung ist die klinische Beobachtung die unerläßliche Bedingung zur weiteren Klärung dieser praktisch und theoretisch gleich wichtigen Fragen.

Diese Demonstrationen sollen eine Anregung geben, den fraglichen Fällen in den großen Heil- und Pflegeanstalten besondere Aufmerksamkeit zu schenken, da hier für die Beobachtung derartiger ungemein chronisch verlaufender Fälle günstigere Bedingungen als in den Kliniken vorhanden sind.

Schultze-Bonn hält es noch nicht für völlig unmöglich, daß, wie bei Tabes, nicht auch mal bei Paralyse ein gänzlicher Stillstand des Krankheitsprozesses eintreten kann. Dafür scheint ihm ein Fall aus seiner Praxis zu sprechen, den er kurz mitteilt.

Westphal: Eine Entscheidung wird in manchen Fällen nur durch die anatomische Untersuchung zu treffen sein. Die Demonstrationen sollen zeigen, daß es auch an der Hand der klinischen Beobachtung bei Kenntnis von dem Verlauf und der Entwicklung der Krankheitserscheinungen in einer Reihe von Fällen gelingt, intra vitam die Differentialdiagnose zu stellen.

R. Vogt-Frankfurt a./M.: Über den Aufbau der Hirnrinde.

Die vergleichend-anatomischen Untersuchungen von *Ariens-Kappers* über die Riechrinde haben gezeigt, daß der zellige Aufbau der Rinde nach einem ganz bestimmten Prinzip erfolgt. Vergleicht man denselben Cortextyp durch die Tierreihe aufsteigend, so läßt sich erkennen, daß entsprechend den höheren Leistungen, welche die betreffende Funktion uns darbietet, der Bau desselben mehr und mehr Elemente höherer Differenzierung aufweist. So konnte *Ariens-Kappers* nachweisen, daß die Riechrinde der Amphibien granuläre Elemente enthält, bei den Reptilien zeigen sich Anfänge einer Differenzierung, indem polardifferenzierte Elemente höherer Orte in den Vordergrund treten, später entwickelt sich dann mit der Entstehung von Fascia dentata und Ammonshorn ein komplizierter

Kontextypus mit zahlreichen höheren Pyramidenzellen. Ähnlich haben die Untersuchungen von *Mott*, *Watson* und *Bolton* gezeigt, daß an der Sehrinde in der aufsteigenden Reihe der Tiere mehr und mehr die höheren, Pyramidenzellen enthaltenden Rindengebiete gegen die infrapyramidalen granulären Schichten in den Vordergrund treten.

Die kleinen Granulaelemente sind die tieferstehenden Elemente, die mehr sensorischen, rezeptiven Funktionen dienen, während die polardifferenzierten Zellen, die zum Ursprung langer Bahnen werden, die auch fernliegende Hirnterritorien miteinander verbinden, den höheren assoziativ-psychischen Wert repräsentieren. Auch in der Ontogenese herrschen granuläre Elemente zuerst vor, sie werden später durch die höheren Formen abgelöst. Sind auch in der Rinde des Erwachsenen die einzelnen Kortexfelder in sehr verschiedener Kombination aus Pyramidenzellenschichten und einfacher gebauten Elementen zusammengesetzt, so macht sich doch phylogenetisch und ontogenetisch innerhalb einer Region das Prinzip eines Fortschrittes in der angedeuteten Weise geltend. Untersuchungen, die Herr Dr. *Rondoni* in der hirnpathologischen Abteilung des Senckenb. Neurol. Instituts an den Gehirnen von Idioten angestellt hat, haben in zahlreichen Fällen eine Entwicklungshemmung der Hirnrinde in der Weise dargetan, daß die Hirnrinde in der Ausbildung der höheren Kortexelemente (Pyramidenzellen und Pyramidenzellenschichten) im Rückstande bleibt bei gleichzeitigem relativen und selbst absoluten Überwiegen der Granulaelemente.

Referat: Über das Greisenalter in psychologischer, psychopathologischer und forensischer Beziehung.

1. *Hübner*-Bonn (Psychologischer und klinischer Teil): Der Begriff „Greisenalter“ läßt sich nicht scharf umschreiben. Im psychologischen Sinne ist derjenige ein Greis, bei dem in höherem Lebensalter eine Reihe von quantitativen und qualitativen regressiven Veränderungen der Geistestätigkeit nachzuweisen ist. Eine vollständige Psychologie des Greisenalters gibt es heute noch nicht. Die meisten in der Literatur niedergelegten Betrachtungen beziehen sich auf den Inhalt der Ideenassoziationen und das Gefühlsleben. Eine systematische Prüfung einzelner Funktionen mit experimentell-psychologischen Methoden ist bisher nur von *Ranschburg* und *Balint*, sowie in bezug auf die Merkfähigkeit von *Lieske* vorgenommen worden.

Referent, der Merkfähigkeit, Gedächtnis und Assoziationsbildung bei alten und jungen Frauen prüfte, fand folgende Unterschiede.

Mit der Zahlenmethode von *Vieregge* versagten ohne Ablenkung alte Frauen durchschnittlich schon bei 4- und 5 stelligen Zahlen, während die jüngeren erst bei 7 stelligen falsch reagierten.



Mit den von *Ziehen* angegebenen Methoden der Gedächtnisprüfung ergab sich, daß die richtig beantworteten Fragen bei jüngeren Frauen zwischen 92 und 100 % schwankten, die der älteren zwischen 66 und 83 %. Bezüglich der Assoziationen ist zu berichten, daß Junge und Alte 90 % innere Assoziationen produzierten. Bei einem Versuch, die prädikativen Assoziationen in höher- und minderwertige zu differenzieren, ergab sich, daß die älteren Frauen 17,7 % die jüngeren nur 6,2 % minderwertige lieferten.

Was das Gefühlsleben, den Inhalt der Vorstellungen anlangt, so bezieht sich Ref. auf die Beschreibung von *Ziehen* (egozentrische Einengung des Gefühlslebens), *Hoffmann* (Mißtrauen, Polypragmasie), *Krafft-Ebing*, *Hoche*, *Bresler* (erhöhte Reizbarkeit) u. a.

Die Psychosen des höheren Lebensalters teilt Ref. ein in solche, die zwar in jeder Lebensperiode vorkommen, aber im Senium einige Besonderheiten aufweisen, b) in die spezifisch senilen Geistesstörungen.

Von der ersten Gruppe wird nur die bisher als Involutionsmelancholie bekannte Psychose kurz gestreift.

Ref. geht dabei hauptsächlich auf die neuerdings mehrfach (*Dreyfus*, *G. Specht*) geäußerte Ansicht, die Melancholie sei immer ein manisch-depressiver Mischzustand, näher ein. Wenn verschiedene Autoren zu dieser Anschauung gelangten, so konnte das nur dadurch geschehen, daß sie den Begriff „manische Symptome“ sehr weit ausdehnten [1]).

Es kam uns bei den verschiedenen bisher erfolgten Publikationen in erster Linie darauf an, zu beweisen, daß es eine Involutionsmelancholie als spezifische Alterserkrankung nicht gäbe, daß vielmehr die bisher so rubrizierten Krankheitsbilder Modifikationen der einfachen Melancholie darstellten.

Die enge innere Zusammengehörigkeit der Manie und Melancholie haben wir stets betont (s. *A. Westphal* in *Binswanger-Siemerlings* Lehrbuch, II. Aufl. S. 114 ff., *Kölpin*, Arch. f. Psych., Bd. 39, *Hübner*, Arch. f. Psych., Bd. 43), ebenso wie wir die sogenannten Mischzustände nicht vernachlässigt zu haben glauben. Die neuerdings von *G. Specht* und *Dreyfus* vorgenommene erhebliche Erweiterung des Begriffes Mischzustände halten wir für bisher nicht genügend begründet, abgesehen davon, daß es uns auch zweifelhaft erscheint, ob diese Form psychiatrischer Analytik geeignet ist, die Melancholiefrage und andere Probleme (z. B. das der klinischen Stellung der Paranoia) zu fördern. Im übrigen haben wir den Eindruck, daß *Specht* unserer Anschauung ferner zu stehen glaubt, als das in Wirklichkeit der Fall ist. Wenn wir von Manie, Melancholie

[1]) Im Hinblick auf eine kürzlich erschienene Arbeit von *G. Specht* (Zentralbl. f. Nervenheilk. 1908) sei es gestattet, mit wenigen Worten noch einmal den Standpunkt der Bonner Klinik in der Melancholiefrage zu präzisieren.



und zirkulärem Irresein sprechen, so geschieht das nicht, um damit anzudeuten, daß wir darunter Krankheitsbilder verstehen, die in ihrem Wesen verschieden sind, sondern wir bezeichnen damit nur Verlaufstypen, wie die Natur sie liefert, ohne daß wir uns über ihre innere Verwandtschaft im unklaren wären. Es handelt sich demnach, wie uns dünkt, mehr um eine Differenz der Nomenklatur, als um prinzipielle Gegensätze.

Die für das höhere Lebensalter spezifischen Psychosen werden eingeteilt in:

1. die arteriosklerotischen Formen,
2. Die Dementia senilis und
3. die nach Alterserkrankungen anderer Organe auftretenden psychischen Störungen.

Bezüglich der arteriosklerotischen Formen, die den Übergang zu der vorbesprochenen Gruppe bilden, hebt Ref. ihre häufige Kombination mit seniler Gehirnatrophie hervor. In der Einteilung stimmt er im wesentlichen mit *Alzheimer* überein, weist aber außerdem auf gewisse paralyseähnliche Krankheitsbilder hin, die höchstwahrscheinlich hier auch zu rubrizieren sind.

Bei der Dementia senilis werden zwei Gruppen unterschieden. Die erste umfaßt alle diejenigen Zustände, in denen sich auf Grund von diffuser Gehirnatrophie die verschiedensten psychischen Krankheitsbilder entwickeln. Allen ist der Ausgang in geistige Schwäche gemeinsam. Die zweite Gruppe wird von den sogenannten lokalen oder zirkumskripten Atrophien gebildet, wie sie von *A. Pick*, *Liepmann*, *Heilbronner*, *Marcuse*, *Reich*, *A. Westphal* u. a. beschrieben worden sind.

Die von *Salgó*, *Fürstner* u. a. näher studierte halluzinatorische Verwirrtheit und solche Fälle, in denen sich verhältnismäßig schnell ein mehr oder minder vollständiges „System“ von Verfolgungsideen ausbildet, das allmählich wieder schwindet, hält Ref. nicht für spezifisch senile Psychosen.

Was die dritte Gruppe anlangt, so werden die nach Kataraktoperationen, Herz- und Nierenaffektionen sowie nach Verschluß der Carotis (*Zingerle*) beschriebenen Geistesstörungen aufgezählt, doch betont Ref., daß ihm bei Durchsicht der Literatur ein großer Teil der niedergelegten Beobachtungen nicht einwandfrei erschien.

II. Professor *Aschaffenburg*-Köln (forensischer Teil). Ref. verteidigt folgende Thesen:

1. Die Kriminalität des hohen Alters trägt, abgesehen von der durch die natürlichen Verhältnisse (geringere körperliche Gewandtheit, Ausscheidung aus dem wirtschaftlichen Verkehr) bedingten größeren Seltenheit der meisten Verbrechen, keinen spezifischen Charakter.

2. Eine Ausnahme machen die Sittlichkeitsverbrechen, deren Zahl nicht so erheblich wie die anderen Delikte abnimmt.



3. Bei der Beurteilung dieser Erscheinung muß die Tatsache mit berücksichtigt werden, daß die Potenz in hohem Alter fast stets völlig erloschen ist.

4. Die klinische Erfahrung lehrt, daß die meisten Sittlichkeitsverbrechen in hohem Alter von solchen Personen begangen werden, die bereits in mehr oder weniger hohem Grade verblödet sind.

5. Dadurch ergibt sich die Forderung, daß jeder Sittlichkeitsverbrecher in höherem Alter psychiatrisch begutachtet werden müsse.

6. Eine generelle Milderung aller von Greisen begangenen Verbrechen führt meist dazu, den Zustand nicht weiter zu prüfen. Dadurch könnten so hohe Grade seniler Demenz, daß der § 51 Anwendung finden müßte, übersehen werden; und andererseits wird dabei nicht ausreichend berücksichtigt, daß nicht in jedem einzelnen Falle die Zahl der Jahre als ein Beweis erheblichen Rückgangs der geistigen Kräfte angesehen werden kann.

7. Eine besondere Bestimmung, durch die prinzipiell dem Greisenalter eine Strafmilderung zusteht, wie das in einigen Gesetzbüchern vorgesehen ist, erscheint deshalb unzweckmäßig.

(Ausführlich Münchener Medizinische Wochenschrift.)

In der Diskussion hält es *Kölpin* für nicht ganz unbedenklich, die arteriosklerotischen Geistesstörungen als spezifisch senile zu bezeichnen. Wenngleich selbstverständlich in der bei weitem größern Anzahl von Fällen die Arteriosklerose als eine Erkrankung des späteren Lebensalters anzusehen ist, so ist doch daran zu denken, daß sie bei anderweitiger Ätiologie (Nephritis, Lues, Kopftrauma usw.) auch erheblich früher zur Ausbildung gelangen kann.

K. bezweifelt ferner, ob es opportun erscheint, die senile Verwirrtheit (Presbyophrenie) ganz in der senilen Demenz aufgehen zu lassen. Man hat in der Presbyophrenie ein typisches, charakteristisches Krankheitsbild vor sich, und wenn auch der Ausgang in Demenz der gewöhnliche ist, so darf doch nicht übersehen werden — das wird besonders von *Wernicke* betont —, daß der presbyophrenische Symptomenkomplex im Senium auch als durchaus heilbare akute Psychose auftreten kann.

Geller bemerkt zu dem psychologischen Teil des *Hübner*schen Referats:

„Es ist auffallend, wie wenig das normale Greisenalter psychologisch untersucht ist. *Rauschburgs* Untersuchungen sind nicht einwandfrei. Er machte seine Versuche an 12 alten Männern des Budapester Siechenhauses; er behauptet zwar, diese Greise seien körperlich gesund gewesen und hätten geistig keinerlei Symptome von Demenz geboten. Trotzdem ist der Zweifel wohl berechtigt, ob die Bewohner der Siechenhäuser den Typus des normalen Greisenalters darstellen.

Sodann erstrecken sich die Versuche nur auf wenige Monate.

Rauschburg hat bei seinen 12 Greisen gefunden, daß diese bestimmte Assoziationstypen bevorzugten, und zwar solche kausaler und zweckbestimmender Art, während Assoziationen nach räumlicher und zeitlicher Koexistenz selten waren. Ferner fand er ein Kleben am Reizwort, aus dessen engstem Kreise sie sich nicht losmachen konnten. Referent hat seit Jahren bei einer Reihe gesunder und kranker Greise Assoziationsprüfungen gemacht. Hierbei fanden sich aber weder bei den gesunden noch bei den kranken irgendwelche typische Assoziationsformen, wie *Rauschburg* sie gefunden hat. Grade umgekehrt wie bei *Rauschburg* waren Assoziationen nach zeitlicher und räumlicher Koexistenz häufig, dagegen Assoziationen kausaler und zweckbestimmender Art selten. Auch fand sich, soweit keine Demenz vorhanden war, keineswegs das enge Haften am Reizwort. Einzelne Greise zeigten im Gegenteil eine weite, bildhafte, oft geradezu plastische Assoziationstätigkeit.

Dagegen fand sich in allen Fällen eine sehr geringe Assoziationsfestigkeit. Während jugendliche Versuchspersonen 60—90 % der Reaktionsworte nach Beendigung der Versuche richtig reproduzierten, waren die Greise kaum imstande, 10 % richtig zu wiederholen; und auch bei diesen wenigen richtigen Angaben waren sie selbst im Zweifel und meinten, das könne kein alter Mann genau sagen.

Zu einer tieferen psychologischen Kenntnis des Greisenalters bedarf es zahlreicher Untersuchungen, die bei denselben Versuchspersonen in größeren Zwischenräumen — vielleicht alle 10 Jahre — zu wiederholen sind.

Erst dann gelingt es vielleicht, zu erfahren, wie und in welcher Reihenfolge die Altersveränderungen sich geltend machen, ob bei den einzelnen Menschen noch im Laufe des späteren Lebens die Assoziationstypen wechseln, wie die Reaktionszeiten, der Einfluß der Einstellung der Übung und Ermüdung sich ändern.

Über alle diese Fragen fehlt bis heute eine exakte Antwort".

Strafanstaltsdirektor Dr. *Pollitz*-Düsseldorf: Ich möchte auf die Ausführung des Herrn Professor *Aschaffenburg* mit einigen Worten erwidern. Ich stimme auf Grund meiner Erfahrungen darin zu, daß in der Tat das Sittlichkeitsverbrechen geradezu das Altersverbrechen im eigentlichsten Sinne des Wortes ist. In dem von mir zurzeit mitgeleiteten Gefängnis in Anrath befinden sich zurzeit auf etwa 550 Gefangene 16 über 55 Jahre alte, von denen 9 über 60 Jahre und 3 über 70 Jahre sind. Von diesen 16 waren nicht weniger wie 10 wegen Sittlichkeitsdelikts im weitesten Sinne bestraft. Das ist ein außerordentliches Verhältnis, entspricht aber ungefähr auch den Ergebnissen der Kriminalstatistik. Während nämlich in jüngeren Jahren der Diebstahl sich zum Sittlichkeitsverbrechen verhält wie 10 zu 1, verwandelt sich dieses Verhältnis, besonders nach dem 70. Lebensjahr wie 2 zu 1. Bei nur 4 von diesen 16 habe ich bei einer allerdings etwas oberflächlichen Untersuchung einen höheren Grad von

Altersdemenz feststellen können. 5 von den Sittlichkeitsverbrechern waren ein- oder mehrmal wegen des gleichen Delikts vorbestraft. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die Judikatur im allgemeinen dahin neigt, alte Leute und Greise möglichst mit der Zuchthausstrafe zu verschonen. Es geht dies aus einer interessanten Zusammenstellung in der Statistik des Ministeriums des Innern hervor. Danach ist die Zahl der über 70 Jahre alten Zuchthausgefangenen im Laufe des letzten Jahrzehnts außerordentlich gesunken und beträgt nur noch die Hälfte und weniger als vor 7 bis 8 Jahren. Die Gerichte scheinen damit wohl anzuerkennen, daß dem Alter in gleicher Weise wie der Jugend eine entsprechende Berücksichtigung zuteil werden muß. Ich kann mir daher von dem Vorschlage des Herrn Professor *Aschaffenburg*, wenn seine Ausführung überhaupt zu erreichen wäre, keinen sehr wesentlichen Erfolg versprechen. Eher läge es nahe, ähnliche Schutzbestimmungen für das Alter zu fordern, wie sie das Strafgesetzbuch für die Jugend bereits enthält, also eine Prüfung des Täters auf die Einsicht für das Strafbare seiner Handlung. Allerdings verkenne ich nicht, daß die Schutzbestimmungen für die Jugendlichen mit großem Erfolg Verwendung gefunden haben.

Hübner (Schlußwort): Was die Stellung der Arteriosklerose anlangt, so hat auch Ref. anfangs Bedenken getragen, sie den spezifischen Alterserkrankungen zuzurechnen. Dies geschah schließlich aber doch in der Erwägung, daß ihre Beziehungen zum Senium sehr viel engere sind, als die der in der ersten Gruppe besprochenen Psychosen (Manie, Melancholie usw.). Es sei nur an ihr überaus häufiges Vorkommen im Greisenalter und an die oft beobachtete Kombination mit atrophischen Prozessen in senilen Gehirnen erinnert.

Auch die bei Unfallsverletzten zu beobachtende Arteriosklerose verbindet sich fast stets mit anderen Alterserscheinungen, so daß sie, wie Ref. im Gegensatz zu *K.* glauben möchte, eher geeignet ist, seinen (des Ref.) Standpunkt zu stützen. Im übrigen ist zurzeit noch nicht sicher erwiesen, daß die durch Lues, Nephritis u. ähnl. Affektionen hervorgerufene Arteriosklerose mit der im höheren Alter vorkommenden identifiziert werden darf.

Fälle von Presbyophrenie, die den Angaben *Wernickes* entsprechend innerhalb weniger Wochen ohne Defekt geheilt wären, hat Ref. bisher nicht gesehen. Es wird Aufgabe weiterer Forschung sein, der Ätiologie dieser Beobachtungen genauer nachzugehen. Vielleicht wird später die pathologische Anatomie ihre Unterscheidung von den chronischen Formen ermöglichen.

Mit Herrn *Geller* stimmt Ref. darin überein, daß unsere Kenntnisse über die Psychologie des Greisenalters sehr unvollkommen sind; das liege wohl zum Teil daran, daß geeignete Versuchspersonen sehr schwer zu finden sind. Die Untersuchungen erwecken bei den alten Leuten so lebhafte Unlustgefühle, daß sie selten zu wiederholten Explorationen bereit sind.

Aschaffenburg: Ref. hat nicht behaupten wollen, daß unter den Vorstrafen greiser Sittlichkeitsverbrecher Vergehen ähnlicher Art nicht vorkommen könnten, sondern nur erklärt, daß bei seinen Fällen nie derartige Vorstrafen vorhanden gewesen wären und nach der allgemeinen Erfahrung auch sicher nur ausnahmsweise vorkämen.

Die Anregung, bei den Greisen ähnlich wie bei den Jugendlichen nach der Einsicht zu fragen, hält Ref. für höchst bedenklich. Abgesehen davon, daß schon bei Jugendlichen das Kriterium der Einsicht nach allgemeinster, auch von juristischer Seite geteilter Überzeugung unbrauchbar sei, versage es völlig den Greisen gegenüber. Das Wissen vom Verbotensein sexueller Delikte bildet bei sonst bestehender seniler Demenz keinerlei Gegenmotiv. Gerade deshalb hält Ref. es für notwendig, alte Leute keinen Ausnahmegesetzen zu unterstellen, sondern nach den allgemeinen Regeln der psychiatrischen Begutachtung zu behandeln.

Kölpin-Andernach: 1. Multiple Papillome des Gehirns.

Vortr. spricht über einen Fall von multiplen Tumoren des Gehirns von papillomatösem Bau (Adeno-Karzinome). Auffallend gering waren die Reaktionserscheinungen des Gewebes in den an die Geschwülste angrenzenden Partien. (Demonstration von Präparaten.) Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.

2. Über den Bau der Konglomerattuberkel des Gehirns.

Es ist bekannt, daß die Tuberkulose des Gehirns zu eigenartigen geschwulstähnlichen Bildungen führen kann, die man seit langem als Solitärtuberkel kennt, und für die man in neuerer Zeit auch wohl den Namen Konglomerattuberkel gebraucht, um damit die Tatsache zum Ausdruck zu bringen, daß diese Bildungen aus mehreren einzelnen Tuberkeln zusammengewachsen sind. Nun hat kürzlich *Barbucci* (Zentralbl. f. pathol. Anatomie Bd. XIII) auf Grund seiner Experimente an Kaninchen, denen er tuberkulöse Massen ins Gehirn impfte, behauptet, daß es sich bei den Konglomerattuberkeln „nicht um so und so viele anatomische Einheiten handelt, welche, unabhängig voneinander entstanden, schließlich in eine einzige Masse ineinander fließen, sondern vielmehr um eine primär entstandene anatomische Einheit, die sich während ihrer ganzen Entwicklung aufrecht erhält, und welche sich durch fortwährendes Vorschieben ihrer Grenzen in die Nachbarpartien vergrößert“. Vortr. hat nun Gelegenheit gehabt, eine Reihe von Tuberkeln älteren und jüngeren Datums zu untersuchen. Er konnte die Befunde *Barbuccis* nur für einen Teil der Tuberkel, nämlich für die kleineren — also mit Wahrscheinlichkeit auch jüngeren — bestätigen. In der Tat boten wohl Tuberkel von Bohnengröße durchaus den Anblick eines einheitlichen anatomischen Prozesses. Bei größeren Tumoren ließ sich indes stets nachweisen, daß

sie aus mehreren ineinander fließenden Tuberkeln zusammengesetzt waren, so daß die Bezeichnung „Konglomerat"tuberkel durchaus berechtigt erschien. (Demonstration von Präparaten.) Die entgegengesetzten Befunde *Barbuccis* beruhen wahrscheinlich darauf, daß er seine Versuchstiere nicht lange genug — die längste Beobachtungsdauer betrug 4 Monate — beobachtet hat.

Weiterhin demonstriert Vortr. Präparate von einem bereits völlig abgekapselten Solitärtuberkel, der bei der Sektion in toto aus dem erweichten ihn umgebenden Gewebe herausgefallen war. Man sieht, wie der Raum zwischen eigentlicher Kapsel und verkästem Zentrum durch ein typisches Granulationsgewebe ausgefüllt wird. In dieses hinein erstrecken sich vom Zentrum aus baumförmig verästelte nekrotische Partien, die wahrscheinlich aus einzelnen Tuberkeln entstanden sind, und an deren Rand zahlreiche Riesenzellen liegen. Auch vereinzelte Tuberkel sieht man im Granulationsgewebe liegen. Es ist bemerkenswert, daß sich in diesem schon vollkommen abgekapselten Konglomerattuberkel noch sehr gut erhaltene Tuberkelbazillen, wenn auch nicht sehr zahlreich, nachweisen ließen.

Geller-Düren: Gedächtnisstörungen bei Degenerierten.

Geller berichtet über zwei Degenerierte, die Amnesie für längere Zeiten — Wochen und Monate — zeigten. Beide Kranke waren intellektuell nicht geschwächt, aber von Jugend auf sittlich völlig stumpf. Beide waren schon als Kinder kriminell geworden und in Zwangserziehung gekommen, wo sie sich als völlig unerziehbar erwiesen. Sie hatten ihr ferneres Leben fast dauernd im Gefängnis oder Zuchthause zugebracht. Im Bewahrungshause zu Düren, wo beide seit längerer Zeit untergebracht sind, zeigen sie eine maßlose Reizbarkeit, große Selbstüberschätzung, unvermittelten Stimmungswechsel und ein mißtrauisches, phantastisches Wesen.

Bei dem ersten Kranken finden sich zahlreiche Gedächtnislücken sowohl für weiter zurückliegende Zeiten, als auch für die Zeit seines jetzigen Anstaltsaufenthaltes. In den betreffenden Zeiten ließ sich aktenmäßig stets eine hochgradige Erregung nachweisen.

Der zweite Kranke zeigte nur eine Gedächtnislücke für längere Zeit. Auch er befand sich zu der fraglichen Zeit zunächst in heftiger Erregung, die aber bald in einen Stupor überging.

Wenn sich nur bei zwei Kranken Amnesie für längere Zeit fand, so waren bei vielen Degenerierten kleinere Gedächtnislücken nachzuweisen.

Simulation ist in den geschilderten Fällen mit größter Wahrscheinlichkeit auszuschließen. Die beiden Kranken haben durchaus keinen Grund, Symptome von Geistesstörung vorzutäuschen. Besonders der erste

Kranke betreibt mit allen Mitteln seine Rückführung in den Strafvollzug; das Bewahrungshaus, aus dem er keinen Ausweg sieht, ist ihm weit schlimmer als das Zuchthaus, das ihn zu genau bestimmter Zeit freigibt.

Ferner wurde die Amnesie erst bei genauer Analyse des Lebensganges gefunden. Vor allem aber sind in beiden Fällen die psychologischen Vorbedingungen gegeben, um das Zustandekommen von Gedächtnislücken zu erklären. Es handelt sich um zwei maßlos reizbare, äußerst labile Individuen. Dem Gedächtnis fehlen nur die Zeiten heftiger Erregung oder völliger Sperrung; hierbei findet sich aber eine große Aufmerksamkeitsstörung und eine hochgradige Einengung des Bewußtseins, bei der eine assoziative Angliederung der Erlebnisse ausgeschlossen oder doch sehr erschwert ist.

Sodann wird auf die Differentialdiagnose Hysterie eingegangen, die aber abgelehnt wird, weil alle körperlichen Stigmata fehlen.

Endlich wird auf die forensische Bedeutung solcher Fälle hingewiesen.

Als Schlußsätze stellt *Geller* folgende Thesen auf:

Bei Degenerierten kommen nicht selten plötzlich einsetzende Bewußtseinstrübungen vor, ganz ähnlich wie bei der Hysterie, und zwar heftige motorische Erregungen und stuporartige Zustände. Als Ursache läßt sich stets ein psychisches Trauma nachweisen.

Die Dauer dieser Zustände beträgt meist nur kurze Zeit, zuweilen aber auch Wochen und Monate. Plötzlich wie der Beginn ist im allgemeinen auch die Lösung. Für die Zeit der Erregung wie des Stupors besteht teilweise oder völlige Amnesie.

Das degenerative Irresein in seiner ausgesprochenen Form muß als eine Geistesstörung im Sinne des Gesetzes angesehen werden.

Pollitz macht eine Reihe Einwendungen gegen die Auffassung und Darstellung des Vortragenden. Nicht die Strafanstaltsärzte seien schuld daran, wenn die Degenerierten immer wieder in Strafvollzug kämen, sondern die Irrenärzte. Der Vorwurf der Züchtung von Zuchthausartefakten treffe daher nicht die Strafanstaltsärzte. Die meisten Psychiater ständen übrigens auf einem andern Standpunkt wie *Geller* und sähen in den Degenerierten keine Geisteskranken im Sinne des Gesetzes.

Geller betont, daß er keineswegs die Absicht gehabt habe, den Strafanstaltsärzten irgendwelche Vorwürfe zu machen, glaubt aber, daß hochgradig Degenerierte unter allen Umständen als Geisteskranke im Sinne des Gesetzes angesehen werden müßten.

Witte-Grafenberg: Über Ergebnisse bei Schädelkapazitätsbestimmungen nach *Reichardt.*

Vortr. hat die Schädelkapazitätsbestimmung nach *Reichardt* bei 101 Sektionen der Anstalt Grafenberg ausgeführt, und zwar 40 Fällen von Paralyse, 25 von seniler und arteriosklerotischer Dem

14 aus der Dementia praecox-, 3 aus der manisch-depressiven und 8 aus der Gruppe der akuten Geistesstörungen (Dementia acuta, Amentia usw.), ferner 3mal bei Epilepsie, 4mal bei Gehirntumoren, 1mal bei Gehirngummi, 1mal bei Hydrocephalus chronicus und 1mal bei Chorea chronica. — Eine geringe Differenz zwischen Schädelkapazität und Hirngewicht (unter 10) fand er 5mal bei Paralytikern, welche im Anfall zugrunde gegangen waren; bei 2 von diesen war das Gehirnvolumen größer als das Schädelvolumen, den gleichen Befund zeigte ein Epileptiker, der im Anfall gestorben war. In den 8 Fällen von akuter Geistesstörung (es handelt sich um 2 Männer und 6 Frauen im Alter von 21—39 Jahren, welche bis dahin stets geistig gesund gewesen waren und nicht unter stürmischen Erscheinungen, Unruhe und Bewußtseinstrübung erkrankten, ohne daß Symptome einer organischen Erkrankung sich fanden, und in kürzester Frist ad exitum gekommen waren, und bei denen auch durch die mikroskopische Untersuchung des Zentralnervensystems das Bestehen einer Paralyse oder einer anderen chronischen Erkrankung ausgeschlossen werden konnte) zeigten sich auffällig niedrige Werte, im Höchstfall die Differenz von 5 und 2mal negative Differenzen, so daß also Hirnschwellung anzunehmen war; im Durchschnitt betrug die Differenz nur 2,5. — Die Resultate der übrigen Messungen waren äußerst wechselnd und schwankend.

Wenn, wie *Reichardt* angibt, die Differenz zwischen den Zahlen von Schädelinnenraum und Hirngewicht bei gesunden Individuen des mittleren Alters, welche an interkurrenten, nicht zerebralen Affektionen zugrunde gehen, eine Konstante ist, die zwischen 10—16% beträgt, so würde sich aus diesen Befunden ergeben, daß bei akuten Reizzuständen das Gehirn sich im Zustand der Vergrößerung, der Schwellung befindet. Es wäre dies eine objektiv nachgewiesene Tatsache, die vielleicht zur Kenntnis der akuten Prozesse im Gehirn beitragen könnte und an die alte Theorie *Traubes* erinnerte, der als Ursache der Urämie ein Ödem des Gehirns ansah. — Die Messungsergebnisse an den chronischen Gehirn- und Geisteskranken dürften wohl schwer zu deuten sein, so lange nicht das Verhalten des Schädelinnenraums, die Wachstumsverhältnisse der Schädelknochen usw. bei dergleichen Affektionen genügend bekannt sind.

Umpfenbach.

Bericht über die 9. Jahresversammlung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neurologen am 7. August 1908 in Sachsenberg bei Schwerin i. V.

Anwesend: *Kirchhoff*, *Adler*, *Kleiminger*-Schleswig, *Dräseke*-Hamburg, *Dabelstein*, *Starke*-Neustadt i. Holstein, *Jühlke*-Neustrelitz, *Scheven*-Rostock, *Matusch*, *Rust*, *Albrand*, *Kruse*-Sachsenberg.

Als Gäste: *Oldenburg*, *Wilhelmi*, *Müller*, *Schwieger*, *v. Mielecki*, *Zabel*, *Esser*, *Braune*-Schwerin.

Vorsitzender: *Matusch.*

Schriftführer: *Rust.*

Der Vorsitzende begrüßte die Versammlung und gab einen kurzen Überblick über die Entwicklung der Anstalt Sachsenberg. Der alte Bau ist in den Jahren 1825—1829 ausgeführt, war der erste Neubau einer Irrenanstalt in Deutschland und stellte für die damalige Zeit etwas Hervorragendes dar. Die Wahl der Lage konnte für norddeutsche Verhältnisse nicht schöner sein. Im Jahre 1879 wurde die Anstalt durch umfangreiche Neubauten erweitert, die jedoch in Anlage und Brauchbarkeit gegen die alte Anstalt erheblich zurückbleiben. Soweit das möglich war, sind die einzelnen Abteilungen den modernen Anforderungen entsprechend im letzten Jahrzehnt umgebaut worden. Weitere Vergrößerungen und zeitgemäße Neuerungen befinden sich in Erwägung.

Matusch: Ein ungewöhnlicher Fall polyneuritischer Psychose.

Der Vortragende berichtet über einen Fall von *Korsakoff*scher Psychose von eigenartiger Form und Dauer. Der Beginn ist von *Ewald* (Berl. klin. Wochenschrift 1900) als ein Fall von Polyneuritis nach Malaria beschrieben, dessen wesentliche Erscheinungen damals in dem Symptomenkomplex einer Neuritis peripherica mit Lähmung der extens. hall. long. et brev., in Gedächtnisdefekten und Reizbarkeit bestanden. Der Zustand besserte sich so weit, daß der Kranke 1901 in den Staatsdienst zurücktreten konnte, heiratete und Vater eines Kindes wurde. Dann entwickelte sich, wahrscheinlich in stetigem Fortschreiten, die Geistesstörung, die seit 1904 dauernde Anstaltsbehandlung erfordert hat. Die Psychose wurde anfangs für Paranoia gehalten und auf halluzinatorische Vorgänge bezogen, stellt sich aber dar als eine Reihe von Konfabulationen, die der Kranke mit umständlicher Detailausschmückung vorbringt, und die lediglich in Zusammenhang mit Affekten zu bringen sind. Die Neigung zu Konfabulationen tritt in deutlicher Periodizität zutage und ist vielfach mit körperlichen Störungen verbunden, z. B. brachte er wiederholt furunkulöse Abszesse mit Stichverletzungen in Verbindung, die ihm einer der Ärzte gewaltsam beigebracht haben sollte, aus harmlosen Vorgängen wurden einige Tage oder Wochen später dramatische Auftritte, die er in Form von Rede und Gegenrede umständlich als Beschwerden zu Papier brachte. Konfabulationen, die vermeintliche Anbietungen von Beamtenfrauen und die vermeintliche Untreue der Ehefrau zum Gegenstand hatten, brachten gelegentlich schwere Konflikte. Die Zugehörigkeit der Psychose zum *Korsakoff*schen Symptomenkomplex erwies sich durch starke Störung der Merkfähigkeit und des Gedächtnisses bei im übrigen erhaltenem geistigen Besitzstand und durch neuritische Symptome: Sensibilitätsstörungen an den Füßen, Ungleichheit und Abschwächung der Patellarreflexe, Fehlen des Bauch-, Cremaster- und Fußsoh[illegible] [illegible]dynie der Achilles-



sehne, Schwäche des Extensor hall. long. und (angeblich) Verlust der Potenz und Libido.

Der Fall wird nach weiterer Beobachtung ausführlich veröffentlicht werden.

In der Diskussion äußerte *Kirchhoff* die Ansicht, daß die Konfabulationen vielleicht doch auf halluzinatorische Vorgänge zurückzuführen seien.

Dräseke-Hamburg: 1. Demonstration. 2. Das Gehirn der Hyraciden.

Der Vortragende demonstrierte zunächst eine Reihe von photographischen Aufnahmen eines Hundes, den er in der Klinik des leider so früh verstorbenen Hamburger Tierarztes *H. Leutsch* zu beobachten Gelegenheit hatte. Das Tier, ein Foxterrier, war von einem Jagdhund so über den Schädel gebissen worden, daß der Eckzahn des letzteren dem Foxterrier links nahe der Mittellinie des Schädels durch die Schädeldecke gedrungen war. Dadurch entstand ein etwa erbsengroßer Knochendefekt, aus dem etwas Hirnsubstanz hervorquoll. Das Tier machte zunächst Manegebewegungen um die erkrankte Seite. Nachdem diese nachgelassen, sah man, wie der Hund oft strauchelte, weil er über die Lage und Stellung der Extremitäten seiner rechten Seite nicht orientiert war; man konnte, genau wie im Experiment, das von *Hitzig* so benannte Symptom „der Störung des Muskelbewußtseins" an ihm beobachten. Die vorgeschlagene Trepanation wurde vom Besitzer des Hundes abgelehnt. Das Tier ging nach etwa 4 Wochen an gehäuften Krämpfen zugrunde. Das Röntgenbild zeigte klar ein weit größeres Abplatzen der Tabula interna des Schädeldaches, als der äußere Defekt vermuten ließ. Die Sektion ergab eine bedeutende Zerstörung des linken Gyrus sigmoides. Die während der klinischen Beobachtung aufgenommenen Bilder zusammen mit dem Röntgenbild veranschaulichen den Befund in klarer Weise.

Sodann legte der Vortragende ein Macacusgehirn vor. Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Direktor Dr. *Bolau* hatte Vortr. noch die Möglichkeit, das Tier zwei Tage vor seinem Tode im Hamburger Zoologischen Garten zu beobachten. Der Affe war als krank abgesondert, bewegte sich aber mit allen Extremitäten durchaus frei und sicher. Die Sektion ergab eine schwere Lungentuberkulose und im rechten Stirnhirn einen etwa haselnußgroßen Tuberkel, der fest mit den Hirnhäuten verwachsen war, während die Häute über den anderen Teilen der Hemisphären und an der Basis cerebri keine Veränderungen zeigten. Ferner bestand Hydrocephalus externus mittleren Grades. Trotz der großen Raumbeengung im Schädel zeigte das Tier keine zerebralen Symptome.

Hierauf hielt Herr *Dräseke* seinen Vortrag über das Gehirn der Hyraciden. Außer einem Gehirn von Dendrohyrax aus seiner eigenen

Sammlung ist es ihm infolge des liebenswürdigen Entgegenkommens von seiten Prof. *Voeltzkows* möglich gewesen, noch ein zweites vorzulegen, während Herr Geheimrat *Maurer* in Jena ihm zu diesem Zwecke ein drittes Hyraxgehirn, nämlich von Hyrax capensis, bereitwilligst überlassen hatte.

Vortragender schilderte zunächst ganz kurz die Furchen und Windungen der lateralen Großhirnhemisphären der Karnivoren, ging sodann zur Furchung der Großhirnrinde der Ungulaten über und zeigte in großen Zügen die zwischen Karnivoren und Ungulaten bestehenden Homologien in der Furchung der Großhirnrinde. Da es sich bei den Ungulaten zum Teil um sehr große Tiere handelt, so findet man auf den Hemisphären eine größere Menge akzessorischer Furchen, die den Vergleich nicht unwesentlich erschweren. Darum ist es besonders lehrreich, als Vergleichsobjekt die Hemisphären des kleinen Hyraxgehirns heranzuziehen. Die Deutung der Furchen ist eine einfache. Es läßt sich an den Hemisphären sehr leicht ein bestimmtes Verhalten der Furchen aufweisen, welches *J. Krueg* als Pronation und Supination bezeichnet hat. Nach ihm verschieben sich mit dem Größerwerden des Gehirns homologe Teile von der lateralen Fläche immer mehr nach der medialen Mantelkante zu Pronationen, während bei den Gehirnen kleinerer Tiere — Hyrax — Furchen, welche sonst der Medianseite angehören, auf die laterale Hemisphäre übertreten. Um den relativen Furchenreichtum des Hyraxgehirns zu veranschaulichen, zeigt *Dräseke* einige etwa gleich große Gehirne von Vertretern anderer Säugetiergruppen.

Bei den im Laufe des Vortrages gekennzeichneten Bestrebungen, bei den Karnivoren und Ungulaten bestimmte Furchen und Windungen nach ihrer äußeren Gestalt und Lage als homolog zu betrachten, wies der Vortragende u. a. auch auf die Arbeiten von *K. Brodmann* hin. Nach ihm „besitzen die Furchen für eine topische Lokalisation der Großhirnrinde nicht die Bedeutung, welche man ihnen zuzuschreiben gewohnt ist". Die Größe und das Gewicht der vorliegenden Gehirne veranlaßte den Vortragenden schließlich, noch von einer neuen Methode der Gehirngewichtsbestimmung Mitteilung zu machen, wie sie jetzt von Prof. *Edinger* geübt wird, und die persönlichen Mitteilungen zufolge schon manches Interessante ergeben hat. *Edinger* teilt zum Zweck der Wägung das Gehirn in ein Paläencephalon (Urhirn) und in ein Neencephalon (Neuhirn) ein. Das Paläencepholon umfaßt alle Teile vom Riechlappen bis zum Ende des Rückenmarkes, während das Neencephalon der Teil ist, welcher von kleinsten Anfängen bei den Fischen bis hinauf zum Großhirn des Menschen von Stufe zu Stufe die größte Entwicklung zeigt. Beide Teile müssen nach *Edinger* getrennt gewogen werden, um ein richtiges Bild zum Zwecke einer Vergleichung und Aufstellung einer fortlaufenden Reihe zu erhalten.

Scheven-Rostock: Über gehäufte kleine Anfälle.

Der Vortragende berichtet über Beobachtungen aus der Poliklinik und Privatpraxis, die sich auf sogenannte kleine Anfälle bei jugendlichen



Patienten beziehen. Sie treten gehäuft auf und sind mit kurzdauernden Bewußtseinsveränderungen und geringfügigen motorischen Störungen, z. B. Schlagen und Greifen mit den Händen, verbunden. In Übereinstimmung mit *Friedmann* will er sie weder der Hysterie noch der Epilepsie zurechnen, der letzteren besonders aus dem Grunde nicht, weil die Patienten nach jahrelangem Bestehen der Anfälle keine Erscheinungen von Verblödung darbieten.

In der Diskussion berichten *Wilhelmi* und *Dräseke* über ähnliche Beobachtungen. *Matusch* hält das Nichtauftreten von sichtbarer Verblödung nicht für ein gegen die epileptische Natur der Anfälle verwertbares Zeichen. Bei Jugendlichen könne die Verblödung lange auf sich warten lassen, selbst bei Spätepilepsie werden kleine Anfälle mit lange ausbleibender Verblödung beobachtet.

Als Ort der nächstjährigen Versammlung wird Neustadt i. Holstein bestimmt. *Rust*-Sachsenberg.

Kleinere Mitteilungen.

Die 14. Versammlung mitteldeutscher Psychiater u. Neurologen findet am 24. und 25. Oktober d. J. in Halle a. S. statt.

Durch Ministerialerlaß vom 8. Juli werden die Regierungspräsidenten und der Polizeipräsident von Berlin zu einer Äußerung darüber aufgefordert, ob und welche Abänderungen die Vorschriften vom 19. August 1895 über Anlage, Bau, Einrichtung von öffentlichen und privaten Kranken-, Entbindungs- und Irrenanstalten erfordern. Die Prüfung, zu der u. a. die Ärztekammern und Medizinalkollegien zu hören sind, hat sich namentlich auch darauf zu erstrecken, ob die Anstalten mit den Grundsätzen der inzwischen fortgeschrittenen Gesundheitswissenschaft und Bautechnik überall im Einklang stehen. Auch erscheint es erwünscht, der Verschiedenheit und Eigenart der örtlichen Verhältnisse mehr als bisher Rechnung zu tragen und die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse des Einzelfalles in erhöhtem Maße zu ermöglichen.

Die Berliner Deputation f. d. städt. Irrenpflege hat beschlossen, je eine Assistentin für jede Irrenanstalt zunächst versuchsweise anzustellen.

Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke sind seit kurzem von einem Zentralkomitee — Vorsitzender: Dr. *Waldschmidt*-Nikolassee — in Berlin eingerichtet. In ihnen wird jedermann unentgeltlich Auskunft über die Alkoholfrage erteilt; es wird dem Alkoholkranken freie ärztliche Untersuchung geboten, Rat und Beistand demjenigen gewährt, der bereits die Folgen des Alkoholmißbrauchs an sich oder seiner Umgebung wahrgenommen hat, dagegen findet eine ärztliche Behandlung nicht statt; Kranke, welche in ärztlicher Behandlung sich befinden, haben von ihrem Arzte einen Überweisungsschein an die Fürsorgestellen mitzubringen. Zunächst sind 3 Auskunfts- und Fürsorgestellen

in Betrieb, für N. und NW. in der Charité (Poliklinik für Nervenkranke) unter Leitung von Dir. Dr. *Kapff*-Waldfrieden (Sprechstunden: Montag und Donnerstag 5—7 Uhr), für W, SW, S, SO Linkstraße 11 unter Leitung von Oberarzt Dr. *Bratz*-Wuhlgarten (Sprechstunden: Freitag 6—8 Uhr) und für O, NO Gormannstraße 13 unter Leitung von Oberarzt Dr. *Falkenberg*-Herzberge (Sprechstunden: Mittwoch 6—8 Uhr).

In Band 60, 62 und 63 dieser Zeitschrift finden sich die Nachweisungen derjenigen Personen, welche in Preußen in den Jahren 1895—1905 infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand auf Grund des § 81 StPO. in öffentliche und gemäß § 656 ZPO. in öffentliche oder Privatanstalten zur Beobachtung aufgenommen worden sind.

Von seiten der anderen Staaten des Reiches sind meines Wissens entsprechende Nachweisungen nicht erstattet worden, so daß jeder. der sich über diese Fragen orientieren will, auf die Berichte der einzelnen Kliniken und Anstalten angewiesen ist. Als eine Erleichterung würde es daher zu begrüßen sein, wenn auch von den anderen Staaten entsprechende kurze Zusammenstellungen herausgegeben würden. Aus diesen Überlegungen heraus habe ich dem von dem Preußischen Ministerium gewählten Schema folgend nachstehende Nachweisung aufstellen lassen.

So trocken auch diese Zahlen sind, manche nicht uninteressante Tatsache rücken sie doch ins Licht. Sie zeigen unter anderem, daß die Überweisung von Personen in Irrenanstalten zum Zwecke der Beobachtung ihres Geisteszustandes im Laufe der Jahre stetig und zwar sehr erheblich zugenommen hat. Es weist dies darauf hin, daß die Bedeutung der psychiatrischen Beobachtung im Laufe der Zeit immer mehr und mehr von den Gerichten anerkannt worden ist.

Während in Preußen in den 3 Jahren 1895—1897 inklusive durchschnittlich 255 Personen gemäß § 81 StPO. den Anstalten überwiesen wurden, sind in den 2 Jahren 1904 und 1905 durchschnittlich 457 Personen gemäß § 81 der StPO. in Irrenanstalten aufgenommen worden. Die Bevölkerung Preußens ist in dieser Zeit (Zählung von 1895 und 1905) von 31 855 123 auf 37 293 324 Einwohner gestiegen; sie hat sich mithin um 17,071 % vermehrt. Die Zahl der nach § 81 StPO. aufgenommenen Personen hat dagegen eine Zunahme von 179,2 % erfahren. 1895 kamen auf 1 Million Einwohner 8,03 Einweisungen in die Irrenanstalt nach § 81, 1905 aber 12,08 %.

Ein ähnlich starkes Ansteigen der Überweisungen nach § 81 der StPO. ist auch in dem Landgerichtsbezirk Hamburg, der mit dem Staate Hamburg zusammenfällt, zu konstatieren. Während 1896—1897 gemäß § 81 StPO. durchschnittlich 5,5 Personen in die Anstalt aufgenommen wurden, ist deren Zahl in den Jahren 1904/05 auf durchschnittlich 18,5 gestiegen, es handelt sich also um eine Steigerung von 236,4 Prozent. Die Bevölkerung

Nachweisung

derjenigen Personen, welche in den Jahren 1896—1907 inklusive infolge Anordnung des Gerichts zur Vorbereitung eines Gutachtens über ihren Geisteszustand auf Grund des § 81 Str.P.O. in öffentliche und gemäß § 656 Z.P.O. in öffentliche und Privatanstalten Hamburgs zur Beobachtung aufgenommen wurden.

Jahreszahl	Name der beteiligt. Anstalten	Erwachsene		Jugendliche (unter 18 Jahren)		Zusammen (Spalten 3—6)	Hiervon (Spalte 7) wurde		
							eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne des § 51 Str.G.B. z. Z der Tat		eine bestimmte Äußerung nicht abgegeben bei:
		männliche Personen	weibliche Personen	männliche Personen	weibliche Personen		als vorliegend oder ihr Ausschluß als begründ. Zweifeln unterworfen erachtet bei:	nicht angenommen bei:	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1896—1897	Friedrichsberg	10	1	—	—	11	9	1	1
1898—1899	„	16	1	—	—	17	11	5	1
1900—1901	„	14	1	—	—	15	11	4	—
1902—1903	„	15	5	—	1	21	9	11	1
1904—1905	„	29	8	—	—	37	28	9	—
1906—1907	Friedrichsberg	65 } 69	6	—	—	71 } 75	46 } 48	25 } 27	—
	Langenhorn	4	—	—	—	4	2	2	—
		153	22	—	1	176	116	57	3

Außerdem wurde in den Jahren 1902—1903 und 1904—1905 je eine Militärperson nach § 217 der M.Str.G.O. zur Beobachtung in Friedrichsberg aufgenommen.

Aufnahmen gemäß § 656 der Z.P.O. fanden weder in den öffentlichen noch in der einzigen Privatanstalt Hamburgs statt

Hamburgs ist in derselben Zeit von 1895—1905 von 681 632 auf 874 878 herangewachsen, hat also um 28,4 % zugenommen. Es wurden in Hamburg 1896 auf 1 Million Einwohner 9 Personen nach § 81 StPO. aufgenommen, 1905 dagegen 25.

In den Jahren 1906 und 1907 ist die Zahl der Aufnahmen gemäß § 81 dann auch noch weiterhin sehr stark gestiegen.

Auffallend ist es, daß in Hamburg nur eine einzige jugendliche Person zur Beobachtung gemäß § 81 aufgenommen worden ist. Außerdem wurde noch eine Militärperson im Alter unter 18 Jahren nach § 217 der MStPO. der Anstalt zur Beobachtung zugeführt.

Wie überall so überwog auch in Hamburg die Zahl der männlichen Personen die der weiblichen sehr erheblich.

Eigenartig ist es, daß weder in den beiden öffentlichen Irrenanstalten noch in der in Hamburg bestehenden Privatanstalt eine Aufnahme gemäß § 656 ZPO. stattfand.

Buchholz, Oberarzt.
Hamburg-Friedrichsberg.

Personalnachrichten.

Dr. *Carl Osswald*, Oberarzt in Goddelau, ist zum Direktor der Landesirrenanstalt in Alzey,

Dr. *Gaston Wehrung*, Oberarzt in Saargemünd, zum ärztlichen Direktor der Bezirkssiechenanstalt in Kolmar ernannt worden.

Dr. *Alb. Knapp*, Priv.-Doz., bisher in Göttingen, ist als Arzt in die Anstalten der inneren Mission zu Bethel bei Bielefeld eingetreten, um später die Stelle als leitender Arzt daselbst zu übernehmen.

Dr. *Rolf Bundschuh*,

Dr. *Herm. Böß*,

Dr. *Hans Römer* in Illenau wurden zu Anstaltsärzten daselbst,

Dr. *Karl Staatsmann*, bisher in Illenau, zum Anstaltsarzt in Emmendingen ernannt.

Dr. *Ewald Hecker* in Wiesbaden hat den Titel Professor erhalten.

Dr. *Alfons Schäfer*, Direktor des Genesungsheims in Roda, ist zum Medizinalrat ernannt worden und hat das Ritterkreuz II. Abt. des Großherzoglich Sächs. Hausordens der Wachsamkeit oder vom weißen Falken erhalten.

Dr. *Rob. Wollenberg*, Prof. in Straßburg, ist der rote Adlerorden IV. Klasse verliehen worden.

Dr. *Heinr. Schüle*, Geh.-R., Dir. von Illenau wurde von der Société de Psychiatrie de Paris zum auswärtigen Mitglied (membre associé étranger) ernannt.

Vergleichung der Hirnoberfläche von Paralytikern mit der von Geistesgesunden.[1])

Von

Medizinalrat Dr. **P. Näcke** in Hubertusburg.

(Mit 12 Textfiguren.)

Vor kurzem hat der bekannte Anatom und Anthropolog *Stieda* (52)[2]) das Gehirn des Polyglotten Dr. Sauerwein sehr eingehend untersucht, eines nur für Sprachen ganz einseitig Begabten, der 40—50 Sprachen kannte, sie sprach, in ihnen schrieb, sogar z. T. dichtete. *Hansemann* (15) hatte nämlich empfohlen gerade die Gehirne solcher mittelmäßig begabten, aber nach einer speziellen Richtung hin sich auszeichnenden Menschen zu studieren, um zu sehen, ob gewisse Hirnpartien oder Windungen mit dieser speziellen einseitigen Begabung in Verbindung gebracht werden könnten. *Stieda* war nun offenbar anfangs erstaunt, die 3. Stirnwindung beiderseits nicht besonders groß zu finden und die rechte größer als die linke, was er aber bald sehr natürlich fand, da die Rindenfelder, die mit dem Sprechvermögen in Verbindung stehen, viel ausgedehnter seien, als *Broca* geahnt hätte. Daß die artikulierte Sprache mit der 3. Stirnwindung etwas zu tun habe, bestreite er nicht, wohl aber, daß die „Form dieser Windung" (also wohl auch die Größe derselben; *Näcke*) mit der stärkeren oder geringeren Funktion in Verbindung stehe. Dem widersprechen nun direkt die Beobachtungen an den Gehirnen verschiedener bedeutender Redner, wie z. B. Gambetta, wo die linke 3. Stirnwindung sehr bedeutend entwickelt und reich gegliedert war. Das kann schwerlich bloßer Zufall sein, trotz-

---

[1]) Erweiterter, auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie im April 1908 zu Berlin gehaltener Vortrag.

[2]) Die Zahlen in Klammern verweisen auf die entsprechenden Nummern des Literaturverzeichnisses im Anhange.

dem *P. Marie* und andere *Broca*'s Lehre zu diskreditieren suchten. Angenommen aber, dieselbe sei richtig, so hätte *Stieda* doch schon aus dem Grunde die Abwesenheit einer besonders starken Entwicklung der 3. linken Stirnwindung bei Sauerwein voraussetzen können, weil dieser durchaus kein Redner war, sondern Polyglott, wobei die artikulatorischen Vorgänge gegenüber anderen Erfordernissen stark in den Hintergrund treten, besonders wenn man sich so in die Sprachseele hineinarbeitet, daß man darin schreibt und sogar dichtet.

Wie *Stieda* offenbar nichts von dem Hirngewicht bez. der Intelligenzhöhe hält, so erklärt er auch kategorisch (p. 133): „Nichts können wir aus der morphologischen Verschiedenheit der Hirnrinde schließen.“ Er mildert freilich gleich darauf seinen Ausspruch, indem er sagt: „Daraus folgt, meiner Ansicht nach, daß die verschiedene morphologische Beschaffenheit der Hirnoberfläche .... keineswegs die große Bedeutung hat, die man behauptet hat.“ Er gibt also wenigstens eine „gewisse“ Bedeutung zu. Er kennt wohl unzweifelhaft Unterschiede gewisser Furchen und Windungen, die allen Menschengehirnen in gleicher Weise eignen, nach Alter, Geschlecht, Rasse, aber viele andere Furchen und Windungen seien zufällige, individuelle, ohne Bedeutung für die Funktion. Das ist freilich viel zu schroff hingestellt, da wir darüber bisher Sicheres noch gar nicht wissen. Nur der feinere Bau der Hirnrinde, sagt *Stieda* weiter, sei die unzweifelhafte Ursache für die Verschiedenheit der psychischen Funktionen. Bloß hierauf habe der Anatom sein Augenmerk zu lenken (den Chemismus der Zellen zu untersuchen sei unmöglich), nicht auf die grobe Morphologie; dort habe man vergleichende Studien zu machen. Sicher ist dies wichtiger, als die bloße Morphologie, obgleich auch hier stets Vorsicht geboten erscheint. „Meine Absicht war,“ so schließt endlich *Stieda*, „den G l a u b e n an die Wichtigkeit der grobanatomischen Untersuchung der Hirnoberfläche zu e r s c h ü t t e r n.“ Nun, das ist ihm wohl kaum gelungen und kann es auch nicht, da ein einziges Gehirn natürlich nie und nimmer genügen kann, um solche Schlüsse zu ziehen!

Hansemann (14) drückt sich bez. des Hirngewichts sehr bestimmt aus. „Darüber“, sagt er, sind „sich heutzutage alle Untersucher einig, daß das Gewicht des Gehirns außer allem Zusammenhang mit den geistigen Fähigkeiten der Menschen steht.“ Nun, wir werden

gleich sehen, daß dem n i c h t so ist! Ihm ist aber eine Theorie von *Perls*, die auch *Edinger* vertritt, sympathisch, wonach ein leichter abgeheilter Hydrocephalus mit Genie etwas zu tun habe [1]), wofür *Edinger* Rubinstein und Cuvier, *Hansemann* Helmholtz und später (15) Menzel anführt, eine Hypothese, die wohl auf sehr schwachen Füßen steht, da 1. solche Fälle gewiß nur selten sind, 2. der Zusammenhang zwischen abgelaufenem Hydrocephalus und dem Genie erst noch zu erweisen wäre, zumal aber weil 3. leichter oder abgelaufener Hydrocephalus sich bei vielen Durchschnittsmenschen wohl oft nachweisen läßt. *Hansemann* postuliert allerdings neben dem Hydrocephalus stets noch reiche Gliederung der Gyri. Ich frage mich endlich, ob solche ganz leichte abgelaufene Fälle wirklich bei der Sektion sich so sicher nachweisen lassen, wie *Hansemann* annimmt. Daß die äußere Kopfform hierfür nichts Gewisses besagt, bemerkt er selbst sehr richtig.

Wenn also *Hansemann* auf das Hirngewicht selbst nichts gibt, so ist ihm dagegen die äußere Gestaltung des Gehirns, besonders die Größe der Assoziationsfelder *Flechsigs*, um so bedeutsamer. Er folgert, (14, p. 12) „daß man bei einem ungewöhnlich begabten Menschen eine reiche Gliederung des Gehirns und besonders der Assoziationssphären zu finden im allgemeinen erwarten kann, daß man aber umgekehrt nicht aus einer solchen Gliederung auf die geistige Betätigung des Menschen schließen darf.“ Diese Formulierung läßt sich annehmen. In der Tat zeigten auch die von H. beschriebenen Gehirne von Helmholtz, Mommsen, Bunsen und Menzel eine außerordentlich reiche Gliederung des Gehirnreliefs. Auch in seiner späteren Publikation (15) äußert sich *Hansemann* ähnlich. „Aus allen bisher angestellten Untersuchungen, sagt er (lc., p. 12), hat sich ergeben, daß die Größe, die Form und die Kapazität des Schädels innerhalb der physiologischen Grenzen auf die besondere Funktion des Gehirns einen Einfluß nicht ausübt. Auch das Gehirngewicht hat... keinen Einfluß auf die Funktion

[1]) Freilich in anderem Sinne, als *Perls* wollte, der da glaubte, durch den leichten Hydrocephalus würde der Schädel weiter und könne daher das Gehirn sich mehr entwickeln. *Hansemann* meint vielmehr (15, p. 14), die starke Gliederung des Gehirns bei leichtem Hydrocephalus sei nur z u f ä l l i g. Beides träte aber funktionell in Beziehung zueinander, insofern als so ein gewisser Gehirndruck und Reiz entstände, der für die Funktion förderlich sein könnte.

des Gehirns, so lange es sich nicht um sehr große Differenzen handelt... Etwas anders liegt die Beziehung der Zahl, der Form und der Anordnung der Gyri zu der Gehirnfunktion. Denn es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß dasjenige Individuum die größte Gehirntätigkeit entfalten kann, das die größte Gehirnoberfläche besitzt, vorausgesetzt, daß diese Größe nicht durch pathologische Vorgänge bedingt ist...." Doch fügt er (p. 14) hinzu, daß eine solche Entwicklung allein eine hohe Intelligenz nicht garantiert. Er hat recht, wenn er sagt, daß mit vergrößerter Rindensubstanz die Funktion größer sein muß und erstere durch eine stärkere Gliederung erreicht wird. Nur muß man, meine ich, stets hinzufügen: cet. par., also im vorliegenden Falle: bei gleichstarker Rindensubstanz, gleicher relativer Zahl und gleicher mikroskopischer Beschaffenheit der Ganglienzellen, in die man doch die Hauptfunktion der Nervensubstanz verlegt, obgleich gerade darüber in neuerer Zeit Zweifel erhoben wurden. An anderer Stelle (14 p. 9) meint er, „... können wir als eine Grundlage für eine besondere geistige Entwicklung die Zahl der nervösen Elemente des Gehirns auffassen, und diese findet ihren grobanatomischen Ausdruck, soweit man bis jetzt weiß, in der Gestaltung der Gyri." Und er schließt seine Ausführungen (15, p. 18) unter anderem mit der Betrachtung, „daß man bei den auf instinktiven Fähigkeiten beruhenden Genies in der Tat erwarten muß, eine Gehirnfiguration zu finden, die von der gewöhnlichen wesentlich abweicht, daß in derselben etwas Neues gegeben sein muß. .... Worin diese Abweichungen in jedem einzelnen Falle bestehen, und ob wir immer imstande sein würden, sie nachzuweisen, ist noch nicht definitiv zu beantworten. Daß das in vielen Fällen indes möglich ist, ist nicht zu bezweifeln." — Darin können wir ihm im allgemeinen nur Recht geben.

Doch sehen wir weiter zu! Auffallend mußte es schon sein, daß alle die 4 von *Hansemann* untersuchten Gehirne von bedeutenden Menschen so außerordentlich windungsreich waren. Genau dasselbe fand nun auch *Spitzka* (49) an 6 Gehirnen von amerikanischen geistigen Größen [1]) und vorher schon (71). Er stellte außerdem fest, daß das Hirngewicht 137 resp. 115 großer Männer — die größte bisherige Zusammenstellung! — weit über das Durch-

[1]) Auch das Gehirn Mendelejews (*Weinberg*, 54) und Lovéns (*Retzius* 45) zeigten solche reiche Gliederung, ganz oder teilweis.

schnittsgewicht hinausging, was um so wichtiger ist, als gerade darunter sich viele Senile befanden, deren Hirngewicht natürlich sinken muß. Dem entspricht auch die Tatsache, die *Spitzka* zuerst fand, daß bei ihnen das Corpus callosum, entsprechend dem großen Zellen- und Faserreichtum, viel größer ist als bei den anderen. Soweit nähere Angaben vorlagen, fand er endlich überall ein reich entwickeltes Relief vor. Freilich gibt es zunächst bez. des Hirngewichtes der Fehlerquellen viele, wie alle betonen, so auch sehr hübsch *Heinemann* (16) und *Dexler* (11); und das terminale Ödem, abhängig von der „Schwammnatur" des Gehirns (*Zanke* 61), von dessen Größe wir übrigens nichts wissen, spielt gewiß eine Rolle, noch mehr aber außer Statur, Alter, Geschlecht, Rasse usw. die Entwicklung der Sinne und Muskeln. „Im speziellen", sagt *Dexler* (l. c., p. 22) mit Recht, „wird die Höhe der psychischen Leistung von jener Menge Hirnsubstanz und zwar vornehmlich der grauen Rinde abhängig angesehen, die in keiner direkten Beziehung zu den Sinnen und Muskeln steht." *Spitzka* (l. c. p. 215) sagt: „the inference that the intellectual status is in some way reflected in the mass and weight of brain seems generally correct", und noch positiver *Heinemann*: „. . . no doubt that, caeteris paribus, intelligence increases with brain-weight" únd das gleiche behauptet auch *Matiegka* (26). *Draeseke* (64) hat den gleichen Eindruck. Der Nachdruck ist immer auf das: ceteris paribus zu legen, und das ist nicht zu vergessen! Dann erklärt es sich auch, warum der Mensch relativ, trotz scheinbarer Ausnahmen, das größte Gehirn und das reichstgegliederte haben muß. Auch sind endlich die Härtungsmethoden nicht gleichgültig. So hat *Spitzka* nachgewiesen, daß das immer ins Feld geführte kleine Gehirn Gambettas daher rühre, daß es lange in der Härtungsflüssigkeit lag, und er berechnet für dasselbe mindestens ein Durchschnittsgewicht[1]). Auf alle Fälle haben wir also in dem Hirngewicht **einen** der Faktoren bez. der Intelligenzhöhe vor uns, und dasselbe gilt auch sehr wahrscheinlich von dem Windungsreichtum. Die übrigen Faktoren müssen also gleich sein, damit die obigen Momente rein zum Ausdruck kommen,

---

[1]) *Duval* (Portigliotti 63) berechnete das Gehirn dagegen auf 1246,5 g, was unter dem Mittel wäre. Gambetta war aber klein.

was nur die Analyse eines jeden Falles aufzeigen kann, daher eben in concreto Ausnahmen scheinbar vorkommen. Das lehren auch die Gehirne der Schwachsinnigen und Idioten; ebenso manche Gehirne von Verbrechern, die zwar windungreich sein können, aber im allgemeinen reicher an sog. atavistischen Bildungen sind als andere, daher minderwertiger.

Buschan (10) hat s. Z. auch auf den hohen Wert von Kopf- und Schädelgröße für die Beurteilung der Intelligenz hingewiesen [1]). Nach ihm nimmt mit der Kultur Schädelinhalt und Hirngewicht zu. Dasselbe bezeugen weiter die vielfachen Untersuchungen der Schädelmaße nach dem Beruf (z. B. von *Moebius*, *Lomer* 24), noch mehr aber die Studien an Schulkindern, wobei sich immer wieder zeigte, daß die intelligentesten die größten Kopfumfänge hatten (*Bayerthal* 2, *Mocchi* 27).

Endlich weisen auch Phylogenese (*Benedikt* 5, *Spitzka* 49) und Rassenanatomie auf ein gleiches Verhältnis hin. Die Hirnoberfläche geht im allgemeinen von der glatten zur gefalteten Oberfläche über. die Furchen werden immer tiefer und zahlreicher, das Gehirn immer schwerer. Scheinbare Ausnahmen in einzelnen Fällen erklären sich natürlich. Auch die Ontogenese folgt der gleichen Richtung. Neuerdings hat wohl *Weinberg* (59, 67) zuerst auf Grund exakter Studien die ersten eigentlichen Bausteine einer Rassenanatomie des Gehirns geliefert, und es scheinen nach ihm und anderen, trotz noch sehr geringen untersuchten Materials, für bestimmte Rassen gewisse Windungszüge usw. mehr oder minder charakteristisch zu sein. Ähnliche Untersuchungen liegen auch vor von *Beam* (3), *Bolk* (8), *Jakob* (18), *Kohlbrugge* (23), *Spitzka* (50), *Waldeyer* (57) usw., die zum Teil mindestens Auffälligkeiten genug zeigen. Man vergleiche z. B. nur die Abbildung des windungsarmen und schmalstirnigen Gehirns des Papuas (*Spitzka* 49) oder Negers mit dem eines Weißen! *Mingazzini* (65) findet ziemlich deutliche Rassenunterschiede. Bei niederen Rassen finden sich nach ihm viel Entwicklungsstörungen, Atavismen, kleine Stirn.

[1]) Originell, aber wohl kaum richtig, ist die Ansicht von *Fuchs* (13), der eine gewisse Relation nicht sowohl zwischen Kopfgröße und Intelligenz, als zwischen Kopfgröße (namentlich Größe des Stirnschädels) und psychischer Widerstandsfähigkeit gefunden zu haben glaubt und deshalb es interessant fände, die Zahl der Kleinköpfigen bei den Psychosen festzustellen.

kleines Hinterhaupt usw. Das Material ist aber, meine ich, viel zu klein, um sichere Schlüsse zu ziehen. Wertvoller sind die Untersuchungen *Spitzkas* (auch 66) hierüber, der immer wieder für den Rassenfaktor eintritt. Die Rasse bestimmt also sehr wahrscheinlich auch das Hirngewicht, wie es z. B. *Handmann* (17) zeigt und auch *Pèarl* (43). Diese Rassestudien widersprechen sich freilich zum Teil. So sieht z. B. *Kohlbrugge* (23) die Rassenunterschiede der Windungen für nicht groß an, und *Jacob* (18) fand die Gehirne von 4 Feuerländern nicht anders als bei Europäern. Ich glaube, nur große Serien von Gehirnen könnten hier Klarheit bringen. A priori müßte man annehmen, daß die großen psychischen Unterschiede der Hauptrassen auch in der äußeren Hirnbildung sich zeigen, was verschiedene einzelne Funde zu bestätigen scheinen. Einen ganz abnormen Weg schlug *Jacobius* (19) ein, indem er die Abdrücke gewisser Hirnwindungen am äußeren Schädel untersuchte, die er im Gegensatze zu *Schwalbe* (47) nicht stets antraf, ohne deutliche Rassenunterschiede zu finden [1]). Diese Methode scheint mir aber für die Rassenanatomie des Hirns sehr mangelhaft zu sein, zumal *Müller* (29) nachwies, daß das äußere Schädelrelief durchaus nicht immer dem inneren entspricht. Jedenfalls scheinen gewisse Rassenunterschiede bezüglich des Reliefs zu bestehen. —

Dagegen sind die Beziehungen der Art der Windungen oder gewisser anderer Abweichungen des Reliefs zur Intelligenz oder gar zu bestimmten psychischen Eigenschaften noch ganz in Dunkel gehüllt. Wir wissen zurzeit nur so viel, daß die sog. Lokalisationen die Grenzen der Windungen fast nie respektieren, sondern daß die betreffenden Felder vielmehr in einander übergreifen. Zur Intelligenz aber hat der Windungsreichtum, cet. par., wie wir schon früher sahen, sehr wahrscheinlich eine gewisse Beziehung. Vor allem muß dadurch die Hirnrinde mächtiger werden (*Anton* 68), was nicht immer der Fall ist, und *Giacomini* (69, p. 193) macht ferner mit Recht darauf aufmerksam, daß je nach Umständen die Furchen und Falten ein Fort- oder ein Rückschreiten bedeuten können. *Pfister* (70) tritt für einen zweifellos innigen Zusammenhang zwischen Hirnfurchung

[1]) *His* hat wohl als der Erste oder einer der Ersten bei der Untersuchung von Bach's Schädel auf die Abdrücke gewisser Hirnwindungen auf den Außenschädel aufmerksam gemacht.

und Hirnmasse ein (p. 69). Mit Recht schreibt *Benedikt* (72): „Die Entwicklung der Furchen an der Oberfläche des Gehirns bedeutet Kampf um Oberfläche. Sie bedeutet also in erster Linie Perfektion; ..." Und in einem Briefe an mich (24. Sept. 1895): „...das Gehirn des Gebildeten sieht schwerlich anders aus als jenes des Ungebildeten, wohl aber wahrscheinlich jenes des Bildungsfähigen und Bildungsunfähigen..." Auch *Moebius* (74) hält die Windungen nicht für gleichgültig. Er sagt (lc. p. 153): „Es ist unmöglich, diese Verschiedenheiten (sc. der Windungen) nicht auf die geistigen Unterschiede zwischen den Individuen zu beziehen..." Auf die Bedeutung der Windungen weist auch *Weinberg* (75), wenn er meint, daß die Brücke in der Bahn einer Furche gleichbedeutend mit einem Verluste an Rindenfläche sei, und nicht ein Gewinn. Für die verschiedene Dignität tritt *Flechsig* (76) ein, indem er schreibt: „Es kommt nicht nur darauf an, daß ein Gehirn reicher an Windungen sei, sondern auch, wo sich der größere Windungsreichtum findet." Man wird sich hierbei erinnern, daß, während die meisten die Intelligenz in den Stirnlappen vornehmlich verlegen, *Rüdinger* und andere dafür den Scheitellappen ansprechen. Daß die Hirnwindungen in ihrer Konfiguration gewissen Gesetzen folgen müssen, sehen wir schon daraus, daß wiederholt bei Familienangehörigen (*Spitzka*), bei Zwillingen, Drillingen (*Karplus* 21, 22) auffallende Ähnlichkeiten gewisser Hirnwindungen gefunden wurden. Dahin gehört wohl auch der Umstand, daß ich ebenso wie andere an beiden Hirnhälften derselben Person öfter gewisse seltenere Bildungen sich einstellen sah, was wohl kaum blinder Zufall ist.

Der Leser wolle die kleine Abschweifung auf anthropologisches Gebiet verzeihen, die indes nötig schien, um den gegenwärtigen Stand der obigen Fragen, die auch unsere Spezialstudie berührt, kurz zu skizzieren. Wir sahen also, daß im allgemeinen die Gehirn- und Schädelgröße einander entsprechen, schon weil nach *Vogt* (56) das Gehirn die Knochenhöhle modelt und beide dem Intellekt mehr oder minder parallel gehen[1]. Das gleiche gilt wahrscheinlich auch vom

[1]) Nach *Anton* (68) wachsen Gehirn und Schädel nicht immer harmonisch, wie die Gehirnhypertrophien bei manchen Epileptikern namentlich beweisen. Doch sind das immer nur Ausnahmen!

Windungsreichtum. Daß das Gehirnrelief nicht gleichgültig sein kann, lehrt schon ein flüchtiger Blick auf das der Hochintelligenten, verglichen mit dem der Durchschnittsmenschen, nicht weniger auch das der Verbrecher, wie namentlich die Studien der Italiener (z. B. *Tenchinis* 53, *Giacominis* 69) und *Benedikts* (4) zeigen, endlich auch die vielfachen Anomalien an der Hirnoberfläche von Epileptikern und Idioten (*Wildermuth* 60) oder von Geisteskranken (*Schlöss* 46). Ich will auch noch daran erinnern, daß bei großen Rednern F_3 stark entwickelt war, z. B. bei Gambetta, dagegen bei Taubstummen ziemlich reduziert erscheint (*Mingazzini* 65), wie dieser Teil nebst Insel auch von *Donaldson* (73) bei einer solchen atrophisch gefunden wurde. Jedenfalls hat das Studium der Hirnwindungen nicht bloß morphologisches und vergleichend anatomisches, sondern auch physiologisch-psychologisches Interesse.

II.

Wer nun viele Gehirne zu untersuchen Gelegenheit hatte, wird mit der Zeit gelernt haben, in dem Gewirre der Windungen und Furchen sich zurechtzufinden. Er wird aber auch bald erkennen, daß nicht zwei Gehirne einander hierin gänzlich gleichen, ja nicht einmal die beiden Hälften eines und desselben Hirns. Bei näherem Zusehen wird man ferner gewahr, daß gewisse Varietäten seltener auftreten als andere, einige sogar absolut selten sind. Man könnte nun nach Analogie der anatomischen Entartungszeichen an der Körperoberfläche oder im Inneren versucht sein, solche seltenere Abweichungen gleichfalls „Degenerationszeichen" zu nennen. Da wir aber an dem Furchungsplane des Gehirns zurzeit noch so gut wie gar nicht wissen, was insbesondere bei der ungeheueren Variabilität der Windungen sich als progressive, was als regressive, resp. sog. atavistische Bildung darstellt, ja schon die Häufigkeit der einzelnen Varietäten noch recht wenig bekannt ist und, soviel wir sehen können, auch rassenmäßig verschieden zu sein scheint, so ist es vorsichtiger, die wirklich seltneren Varietäten der Furchen oder Windungen zurzeit nur als „seltenere Varietäten" zu bezeichnen und nicht als Stigmata, um nichts zu präjudizieren. Einer späteren Zeit bleibt es dann vorbehalten aufzudecken, was davon wirkliche Entartungszeichen sind. Und nur wenn man gewisse Bildungen vorwiegend mit anderen Stigmen vergesellschaftet fände, hätte man das Recht, auch jene dazu zu zählen. Nicht eher! *Schlöss* (46) freilich und besonders die

Italiener reden auch hier schon von Degenerationszeichen. *Mickle* (77) tut desgleichen, schätzt sie hoch ein und will sogar für die einzelnen Psychosen besondere gefunden haben, mindestens in einer häufigeren Gruppierung, und sogar Unterschiede aufgedeckt haben, je nachdem die betreffenden Träger belastet waren oder nicht! Das ist wohl ziemlich sicher Übertreibung! Den schärfsten Gegensatz dazu bilden folgende Ausführungen von *Pfister* (Brief an mich vom 6. Sept. 1894): „... daß die Bedeutung der abnormen Furchungen eine höchst geringe, höchstens formale ist.“ Nun, wie so oft, wird auch hier die Wahrheit in der Mitte liegen. Wir werden die Bedeutung abnormer Windungen — diese müßten freilich erst definiert werden — nicht über-, aber auch nicht unterschätzen, wie wir ein gleiches bei den anderen anatomischen Degenerationszeichen tun.

Anders steht es dagegen bei gewissen Proportionsverhältnissen der einzelnen Gehirnteile, Lappen usw., bei Unbedecktsein (ganz oder teilweise) der Insel oder des Kleinhirns, bei Balkenmangel usw. Diese kann man als Hemmungsbildungen im *Vogt*'schen Sinne (56) und somit als Stigmata bezeichnen, zumal sie wohl stets mit anderweiten Entartungszeichen am Körper einhergehen. Es sind dann eben „phylogenetisch tiefer stehende Bildungen“, sog. „atavistische“, die man aber nur als „mechanisch bedingte Vereinfachung der Evolution“, nicht als „Atavismus sui generis, den spontanen Rückschlag im Sinne *Carl Vogts*“ aufzufassen hat (*Vogt*, 56, p. 100). Ich glaube, diese Ansicht ist die einzig richtige, um dem, namentlich durch die Italiener herbeigeführten Mißbrauch des Wortes: Atavismus zu steuern. Diese „mechanisch bedingte Vereinfachung der Evolution“ dürfte wohl stets durch gröbere oder feinere pathologische Vorgänge bedingt sein. *Mingazzini* (65) nimmt Atavismen an; sie entstehen nach ihm stets auf krankhafter Basis (p. 193). Ebenso auch *Schlöß* (46), und dieser zählt nur sie zu den Entartungszeichen. *Benedikt* schrieb mir dagegen (1895): „... ist die Annahme eines Rückfalls Jeu d'esprit, aber keine wissenschaftliche Idee“. Den einzig richtigen Standpunkt scheint mir *Waldeyer* einzunehmen, wenn er (Brief vom 1. Nov. 1895) nur dann zur Annahme eines Atavismus sich verstehen will, wenn andere Erklärungen unmöglich sind.

Will man die Furchen untersuchen, so kann es in verschiedener Weise geschehen. Entweder am gehärteten oder frischen Gehirn oder endlich an Gipsabgüssen. Bisher geschah es meist an gehärteten Präparaten und

zwar gewöhnlich solchen, die in Alkohol oder Müllerscher Lösung, neuerdings auch in Formol, gelegen hatten. Diese Härtungen sind aber, mit Ausnahme der Formol-Härtungen, wenig empfehlenswert. Beim Ablösen der Pia, die ja meist noch vorhanden ist, wird die Oberfläche nur zu leicht lädiert, teils durch die Pinzette, teils durch einschneidende Piagefäße[1]). Viel wichtiger aber ist es, daß die Windungen eng aneinandergedrückt sind, nur schwer und selten ohne Verletzung sich trennen lassen und es so unmöglich machen, die Tiefenverhältnisse genau zu übersehen, worauf es ja vor allem ankommt. Zur richtigen Würdigung einer Furche kommt nämlich nicht nur ihr ganzer Verlauf in Betracht, sondern auch ihre Tiefe, namentlich beim Einmünden in eine andere Furche, ferner ebenso, ob, wie und wie stark in der Tiefe Windungsstücke verlaufen. An so gehärteten Gehirnen läßt sich insbesondere nie sicher sagen, ob eine bestimmte Furche oberflächlich oder tief in eine andere einmündet, und das ist bezüglich der Wertung doch sehr wichtig.

Noch schlechter freilich ist es, die Verhältnisse an Gipsabdrücken zu studieren, wie es z. B. *Schlöss* (46) tat. Hier kann man gar nicht in das Innere dringen, die Konturen sind oft undeutlich, und man bekommt so zum Teil falsche Bilder. Außerdem ist die Untersuchung durch die Technik des Gipsabgusses sehr erschwert. Bleibt also nur das frische oder das in Formol gehärtete Hirn übrig, (wie auch *Pfister* 70 will) welch letzteres bekanntlich lange seine natürliche Elastizität beibehält, daher wie ein frisches Gehirn untersucht werden kann und vor diesem den großen Vorzug besitzt, bei der Exploration nicht so leicht verletzt zu werden, weil es widerstandsfähiger ist. *Stieda* (52) freilich findet die gewöhnliche Härtung in Formol nicht sehr zweckmäßig, weil die Pia besonders oben stark verdickt ist und vielfach zu sehr der Rinde anhaftet, sich also schwer abpräparieren läßt. Dem läßt sich aber dadurch leicht abhelfen, daß man die Pia stets vor dem Einlegen des Gehirns abzieht, wie ich es meist tat. *Stieda* empfiehlt dagegen sofortiges Einlegen in eine gesättigte Lösung von chlorsaurem Zink und dann nach einigen Tagen Abziehen der Pia[2]). Ich selbst habe darüber keine Erfahrung. Das

[1]) Auf sie macht schon *Giacomini* (69) aufmerksam und vor ihm sogar *Broca*.

[2]) Man kann es weiterhin, bemerkt *Stieda* noch, mit Glycerin durchtränken oder in Alkohol härten, später mit Terpentin und Firnis behandeln, um ein hartes Dauerpräparat zu erhalten. Ein solches ist aber, wie ich eben ausführte, für die Untersuchung der Furchen wenig geeignet.

frische oder Formolgehirn legt man dann zur näheren Untersuchung am besten auf eine runde Glasplatte, und nun kann der Finger leicht in alle Tiefen dringen, die Windungen gut auseinanderlegen und alle einschlägigen Verhältnisse bequem übersehen. Man geht hierbei von den Hauptfurchen aus. Auch etwaige Niveau-Differenzen einzelner Windungen, ihre ungleiche Breite, ferner Taschen-, Trichter-, Deckel- und eventuell Warzenbildungen sind ins Auge zu fassen, wobei natürlich atrophische Zustände, wie bei Paralyse, seniler Demenz usw., nicht mit angeborenen Anomalien zu verwechseln sind.

Man kann weiter das einzelne Gehirn untersuchen und die Befunde tabellarisch notieren oder — dies betrifft natürlich nur die Formolgehirne — eine Reihe von Präparaten ansammeln und dann erst hintereinander studieren. Letzteres hat den großen Vorzug, daß man ohne Unterbrechung schnell arbeiten kann und vor gewissen Subjektivitäten mehr geschützt ist, als wenn die einzelnen Untersuchungen zeitlich weit auseinander liegen. Alles geschieht dann nämlich gleichmäßiger. Noch besser ist es freilich, wenn 2 Personen zugleich untersuchen und sich so gegenseitig kontrollieren. Für gewisse Untersuchungen muß man genau die Länge und Tiefe der Furchen bestimmen, erstere am besten nach *Spitzka* (49) mit eingelegtem nassen Faden. Auch für die Messung gewisser Proportionen hat *Spitzka* eine sehr gute Methode angegeben. Aber selbst diese Maße, sowie die der einzelnen Längen an der Hirnkante und an durch gewisse Punkte gelegten Vertikalen (*Spitzka*) sind nicht ganz fehlerfrei und nicht ohne Subjektivität möglich. Abgesehen von oft ungleicher Schrumpfung der Teile [1]) im Alkohol usw. (weniger in Formol) und gewissen Verschiebungen durch Druck im Glase von oben oder unten, welche Fehler ergeben können, wird nämlich die Spitze des Zirkels usw. an verschiedenen nahe gelegenen Punkten derselben Gegend angelegt werden können. Das Maß muß folglich immer etwas variieren. Also selbst diese Zahlen sind nicht einwandfrei! Für die Zwecke der Konstatierung bloßer Windungs-

[1]) Wegen der verschiedenen Schrumpfungen des ganzen Gehirns je nach der Härtungsflüssigkeit und der Dauer des Einlegens etc. müßten, strenggenommen, bei Vergleichungen von Maßen (wie auch Gewichten) stets die nötigen Reduktionen vorgenommen werden. Ich möchte noch bemerken, daß, wenn das frische Gehirn schon weich ist, man die Pia nicht abziehen soll. Man lege das Ganze 8—10—12 Tage in Müllersche Lösung oder Formol, dann wird die Oberfläche resistenter und die Pia läßt sich ohne wesentlichen Schaden abziehen.

Varietäten usw. und ihrer Zählung kommt aber die mühsame Meß methode gar nicht in Betracht. Wir haben sie daher nicht angewendet.

Zum Zwecke von Nachuntersuchungen und Kontrollierungen ist es endlich am besten, da man die betreffenden Präparate nicht immer zur Hand hat, vor der Untersuchung des Gehirns mit dem Finger jede Hirnhälfte von außen und innen, eventuell auch von unten, abzuzeichnen oder abzeichnen zu lassen und zwar in natürlicher Größe[1]). Danach erst verfolgt der Finger die einzelnen Furchen, namentlich um genau zuzusehen, ob sie tief oder oberflächlich verlaufen und so einmünden, wonach man die Zeichnung kontrolliert bzw. korrigiert. Besonders interessante Tiefenpartien oder anderweite Bildungen wird man speziell abzeichnen. Auch die Photographie kann angewendet werden, obgleich es nicht ganz leicht ist, Aufnahmen in aller Schärfe von der gekrümmten Fläche zu gewinnen, und nicht alle Windungen gewöhnlich gleich gut ausfallen. Deshalb sind zur Zeit Zeichnungen vorzuziehen. Sie erfordern allerdings einen geübten Zeichner, weil besonders auch auf etwaige verschiedene Breite und Niveaudifferenz der Windungen zu achten ist, was wiederum durch Photographie (resp. stückweise) am sichersten zum Ausdruck kommt.

Besser nun als nach bloßer, selbst genauester Beschreibung der Windungsverhältnisse kann man nun so die Befunde jederzeit kontrollieren und überschauen. Leider ist es aber selten möglich, von allen Gehirnen Zeichnungen zu machen, und noch schwieriger, sie alle, wenn auch nur in verkleinertem Maßstabe (was nicht wünschenswert ist), abdrucken zu lassen. Man wird sich daher meist mit einer Auswahl begnügen müssen.

Für unsere Zwecke genügt die Betrachtung der Außen- und Innenfläche beider Hemisphären, doch bietet sicher auch die Vergleichung der Unterfläche interessante Verhältnisse dar. Gerechnet wurden, wie die folgende Haupttabelle zeigt, anscheinend seltnere Abweichungen der Furchen, ferner: vermehrte Vertikalfurchen in der Mitte der Außenseite, Mikrogyrie oder infantile Windungen, ungleich starke Windun-

[1]) Einfache Linien, Umrisse, wie sie z. B. *Spitzka* immer gibt, genügen zwar im allgemeinen, doch können sie nie Niveau-Differenzen wiedergeben und nur schwer (*Spitzka* hat es trotzdem versucht) die größere oder geringere Tiefe der Furchen, bes. bei der Einmündung in andere.

gen oder solche mit Niveau-Differenzen usw., aus der Tiefe der Furchen aufsteigende inselförmige Windungsstücke, teilweises Freiliegen der Insel, Taschen-, Trichter- und Deckelbildungen, endlich auch die Affenspalten (echte und unechte). Um Vergleiche zu haben, war es unumgänglich nötig, neben den Gehirnen von Paralytikern auch solche von Normalen möglichst gleicher Volksschichten und gleicher Rassen zu studieren, was leider bei den meisten ähnlichen Arbeiten nicht geschehen ist, so daß dann sämtliche Befunde und Zahlen mehr oder minder in der Luft schweben. Auf die Morphologie selbst kann hier nicht eingegangen werden. Diese interessante Seite der Untersuchung soll an anderer Stelle später ausführlich behandelt werden. Ich glaubte aber, es wäre nicht unerwünscht, hier zur Illustration verschiedener Abnormitäten eine Reihe von Abbildungen beizugeben [1]), um so mehr, als gerade Reliefbilder des Paralytiker-Gehirns nicht zahlreich existieren dürften.

III.

Unser untersuchtes Material besteht aus 30 Paralytikergehirnen von Männern der Anstalten zu Hubertusburg und Colditz, ferner aus 26 solcher (M.) der Universitätsklinik zu Leipzig, endlich als Vergleichsmaterial aus 15 Gehirnen Geistesgesunder, und zwar 14 davon (13 M. u. 1 W.) aus dem Krankenhause zu Dresden-Friedrichstadt und 1 (M.) aus dem städtischen Krankenhause zu Chemnitz [2]). Die Untersuchungen selbst fanden in den Jahren 1898 und 1899 statt. Teils lagen die Gehirne schon zum Teil lange in Müllerscher Lösung oder Alkohol, teils wurden sie frisch oder nach kürzerer oder längerer Formolhärtung vorgenommen, so namentlich die der Normalen und der Kranken aus Hubertusburg. Von den 30 ersten Paralytikern ließ ich durch einen unserer Kranken, einen Lithographen (dem. praec. paranoides), 48 Bleistiftzeichnungen anfertigen, meist von der

---

[1]) Siehe Anhang, hinter dem Literaturverzeichnisse.

[2]) Gegen das Krankenhausmaterial ist natürlich manches einzuwenden, wie schon *Pfister* (70) tat. Immerhin ist es noch das relativ beste Material, das wir haben. Am richtigsten verfuhr freilich *Weinberg* (78), da er nur solche Krankenhausleichen untersucht hatte, deren Kur durch Selbstkosten oder durch Angehörige bezahlt worden war, also nicht aus öffentlichen Mitteln, wodurch sicherlich viele minderwertige Elemente ausgeschlossen wurden. Leider ist deren Zahl so gering, daß man nur schwer Massenuntersuchungen anstellen kann. Auch Soldatenleichen wären gut, sind jedoch zu gering an Zahl!

Außenseite des Gehirns, von den Normalen nur 5, die 2 Gehirne betrafen. Einige der Ersteren sind in dieser Arbeit reproduziert. Die Zeichnungen selbst sind in Lebensgröße und im allgemeinen gut geraten, nur waren die Verhältnisse und Dickendurchmesser der Windungen nicht immer ganz richtige.

Ich brauche wohl nicht erst zu sagen, daß die Präparate nur solchen Kranken entstammen, die klinisch eindeutig die Diagnose der dem. par. darboten. Sonst wurden sie wahllos, der Reihe nach, untersucht, wie auch die Normalen, von denen nur Name und Todesursache bekannt waren. Das Material ist im ganzen ein ziemlich homogenes, auch der Rasse nach, da fast alle Sachsen waren. Die 2 Gehirnreihen lassen sich demnach gut untereinander vergleichen.

Die 30 Paralytiker von Hubertusburg und Colditz verteilen sich speziell dem Berufe nach folgendermaßen: Arbeiter 6, Bauer 1, Handwerker 11, Angestellte 2, Beamte 3, Akademiker 1, Kaufleute 5, Baumeister 1. Erblich belastet davon waren 8, darunter 3 stark, speziell mit Geisteskrankheit 2. Syphilis war als sicher oder sehr wahrscheinlich dagewesen in 13 Fällen angegeben. Ich brauche wohl kaum erst zu sagen, daß diese Zahl nur ein Minimum darstellt, wie auch die der erblichen Belastung. Interessant ist speziell der Umstand, daß unter den erblich Belasteten fast die Hälfte — 3 unter 8 — stark, d. h. also mehrfach belastet war. Es wächst nicht nur die erbliche Belastung, wie ich dies mit andern nachgewiesen habe, mit der größeren Genauigkeit der Anamnese, wie auch bez. der Lues, sondern es ist auch s t a r k e Belastung ziemlich häufig, häufiger jedenfalls als noch jetzt manche, z. B. *Ziehen*, annehmen. Die übrigen Verhältnisse unserer Paralytiker haben für uns bei vorliegender Untersuchung wenig Wert, werden daher beiseite gelassen, In folgender Haupttabelle sind zunächst 40 Anomalien [1]) verzeichnet.

[1]) *Benedikt* (72) hält es für fehlerhaft, bei Verbrechern (und das gilt sicher auch von andern) und Normalen bloß die Mittel der Konfluenzen oder der Verbindungsbrücken untereinander zu vergleichen, da man noch andere Momente zugleich zu berücksichtigen hätte. Das ist ja richtig, aber beim Vergleich zweier Reihen bleibt nichts übrig, als Zahl gegen Zahl zu halten, eventuell die Mittel zu berechnen. Freilich muß man hierbei auch stets noch andere Momente heranziehen, wie wohl selbstverständlich ist.



		[illegible]		
1. Ektrop. Wind.;	19 = 31,7 %	13 = 25 %	32= 28,6 %	14 = 46,7 %
solche an der Innenfläche	4 = 6,7 %	5 = 9,6 %	9 = 8 %	2 = 6,7 %
2. Mehrf. Vertikalzüge in der Mitte	22 = 36,7 %	?	?	6(?)= 20 % (?)
3. c tief in S	2 = 3,3 %	8 = 15,4 %	10 = 8,9 %	1 = 3,3 %
4. c oberfl. in S	26 = 43,3 %	16 = 30,8 %	42 = 36,5 %	12 = 40 %
5. pc tief in S	9 = 15 %	12 = 23,8 %	21 = 18,7 %	7 = 23,3 %
6. pc in c	12 = 20 %	21 = 40,4 %	33 = 29,4 %	10 = 33,3 %
7. rc tief in S	13 = 21,7 %	14 = 26,9 %	27 = 24,1 %	8 = 26,7 %
8. rc in c	7 = 11,7 %	10 = 19,2 %	17 = 15,2 %	4 = 13,3 %
9. ip ganz nahe am Rande	4 = 6,7 %	?	?	1 = 3,3 %
10 ip sehr abw. gerückt	o	5 = 9,6 %	?	1 = 3,3 %
11. w in ip	4 = 6,7 %	?	?	6 = 20 %
12. w bis auf ½ cm an ip	20 = 33,3 %	?	?	6 = 20 %
13. ip in eine Parallele zu w od. sonst in weitem Bogen nach abwärts	13 = 21,7 %	6 = 16,9 %	19 = 17 %	3(?)= 10 % (?)
14. ip winklig geknickt	5 = 8,3 %	9 = 17,3 %	16 = 14,3 %	2 = 6,7 %
15. ip ganz herum bis T 3	14 = 23,3 %	16 = 30,8 %	30 = 26,7 %	7 = 23,3 %
16. po in ip	7 = 11,7 %	17 = 32,7 %	24 = 21,4 %	12 = 40 %
17. po bis ½ cm an ip	31 = 51,7 %	11 = 21,1 %	42 = 37,4 %	7 = 23,3 %
18. cc von op getrennt (oder sehr wahrscheinlich)	10 = 16,7 %	1 = 1,9 %	11 = 9,8 %	2 = 6,7 %
19. po oben als breite Spalte	9 = 15 %	1 = 1,9 %	10 = 8,9 %	o
20. t_1 schräg in S schneidend	1 = 1,7 %	3 = 5,8 %	4 = 3,6 %	1 = 3,3 %
21. Insel teilweis freiliegend	1 = 1,7 %	o	o	o

Anomalien der Hirnoberfläche
(Die Erklärung der Bezeichnungen siehe am Ende der Tabelle.)

Namen	bei Paralytikern			bei Normalen
	60 Hemisphären	52 Hemisphären (Leipz. Mat.)	Sa. 112 Hemisphären	30 Hemisphären
22. Aufsteigen eines inselförm. Stükkes i. e. Furche	1 = 1,7 %	5 = 9,6 %	6 = 5,3 %	o
23. Mikrogyrie oder puerile Windung	9 = 15 %	1 = 1,9 %	10 = 8,9 %	o
24. Taschenbildung	28 = 46,7 %	4(?) = 7,7 % (?)	32 (?) = 28,6 % (?)	6 = 20 %
25. Trichterbildung	3 = 5 %	15 = 28,8 %	18 = 16,1 %	14 = 46,7 %
26. Taschen- und Trichterbild. zus.	31 = 51,7 %	19 = 36,5 %	50 = 44,6 %	20 = 66,7 %
27. Doppelte oder mehrf. Taschenbildung	3 = 5 %	o	o	o
28. Dopp. Trichterbildung	1 = 1,7 %	2 = 3,8 %	3 = 2,7 %	2 = 6,7 %
29. Deckelbildung	21 = 35 %	9 = 17,3 %	30 = 26,7 %	10 = 33,3 %
30. Dopp. Deckelbildungen	5 = 8,3 %	1 = 1,9 %	6 = 5,3 %	o
31. Deckelbildung a. beid. Hemisph.	an 3 Gehirn.	o	o	o
32. Echte Affensp.	19 = 31,7 %	5 = 9,6 %	24 = 11,1 %	6 = 20 %
33 Unechte Affensp.	11 = 18,3 %	7 = 13,5 %	18 = 16,1 %	7 = 23,3 %
34. Affenspalten auf beid. Hemisph. (echte u. unechte	9 = 15 %	1 = 1,9 %	10 = 8,9 %	5 16,7 %
35. Stirn abnorm klein	1 = 1,7 %	—	—	o
36. F_2 sehr groß	1 = 1,7 %	3 = 5,8 %	4 = 3,6 %	o
37. Stirn zeigt 7—8 Windungen	2 = 3,3 %	o	o	o
38. F_1 (stellenweis) 3 Wind. darstell.	1 = 1,7 %	o	o	o
39. Warzenbildung auf Windungen	o	2 = 3,8 %	o	o
40. Die 3 Temporalwind. tief schräg durchschnitten	8 = 13,3 %	7 = 13,5 %	15 = 13,4 %	6 = 10,0 %

Die Bezeichnungen der Furchen sind *Benedikt* (5) entnommen: S = fissura Sylvii, c = sulcus centralis, pc = s. praecentralis, rc = retro- oder postcentralis, ip = s. interparietalis, w = Wernickesche Furche (sive fiss. parieto-occip. ext.), po = fiss. parieto-occip. (interna), cc = fiss. calcarina. Die anderen Bezeichnungen sind bekannt.

Die Gesamtsumme aller Abweichungen (auch noch einiger, die in der Tabelle nicht aufgenommen sind) betrug bei unserem speziellen Materiale von 30 P.[1]) - Gehirnen 296, also pro Gehirn 9,9, bei den Normalen 144, also durchschnittlich 9,4. Ein Unterschied zeigt sich also hier nicht.

Die Verteilung der Anomalien stellt sich folgendermaßen dar:

	Zahl der Anomalien:						
	1—5	6—10	11—15	darüber	max.	min.	Durchschn.
30 P.[1])	3	14=46,7 %	11=36,7 %	2=6,7 %	17	4	9,9
15 N.	1	9=60 %	5=33,6 %	—	14	5	9,4

Hier sehen wir bereits einen kleinen Unterschied und zwar zu Ungunsten der P., indem die größere Anzahl (über 15) nur bei ihnen vorkommt. Aber bereits bei 11—15 Abweichungen fällt die Zahl etwas höher aus als bei den N. Auch ist endlich das maximum (17) höher als bei den letzteren (14).

Betrachten wir nun die einzelnen Gehirnhälften, so sehen wir, daß bei den P. links 150, rechts 146 (50,7 % : 49,3%) Anomalien vorhanden sind, bei den N. 77 (53,4%): 67 (46,5), durchschnittlich also bei beiden Hirnhälften der P. 5, resp. 4,8, bei den N. 5,1 resp. 4,5. Bei den P. zeigt sich also zwischen links und rechts kaum ein Unterschied, wohl aber bei den N. zugunsten der linken Hirnhälfte. Aber doch ist auch eine Tendenz bei den P., links mehr Anomalien aufzuweisen als rechts, nicht ganz von der Hand zu weisen. Da die meisten Menschen Rechtser sind, ließe sich wohl daran denken, daß mit der durchschnittlich stärkeren Entwicklung der linken Hirnhälfte — gleichfalls durch das Gewicht konstatierbar —, mit dem stärkeren Blutreichtum und stärkerer Funktionierung auch die Variabilität der Oberfläche, welche wahrscheinlich auch eine größere Zahl von Ganglienzellen enthält, cet. par., zunehmen muß, was in der Tat einzutreffen scheint. Das zeigt sich wohl auch darin, daß, wie folgende kleine Tabelle aufweist, die höhere Zahl der Anomalien bei P. und N. links und nicht rechts zu finden ist.

[1]) P. = Paralytiker, N. = Normale.

Zahl der Anomalien	30 P.		15 N.	
	links	rechts	links	rechts
1—3	6 = 20%	10 = 33,3%	3 = 20 %	6 = 40 %
4—5	15 = 50%	10 = 33,3%	5 = 33,3%	6 = 40 %
Darüber	9 = 30%	10 = 33,3%	7 = 46,6%	3 = 20 %

Vergleichen wir nun die Zahl der äußeren somatischen Stigmen mit der der Anomalien am Gehirnrelief bei 28 unserer P., die früher auf anatomische äußere Degenerationszeichen hin untersucht wurden, so können wir einen Parallelismus zwischen beiden Reihen nicht konstatieren, während wir dies bez. der „innern" und äußeren Stigmen einigermaßen fanden (*Näcke* 35). Vielleicht, ja sogar a priori wahrscheinlich erscheint es aber, daß ein gleiches auch bei obigem Verhältnisse stattfindet, wenn größere Zahlenreihen vorliegen und besonders nur die seltensten Abweichungen in Parallele gestellt werden, was bei uns nicht geschah.

Doch kehren wir jetzt zu unserer Haupttabelle zurück und betrachten hier einzelne Details. Zunächst fällt auf, daß die Häufigkeitszahlen bei den 2 Reihen der untersuchten P. nicht immer übereinstimmen. Das ist in Verschiedenem begründet. Es bestehen zunächst gewiß, lokale Differenzen, wie klinisch, so auch anatomisch, je nach dem verarbeiteten Material, je nach Rasse, wahrscheinlich auch nach der Volksschicht usw. Im ganzen war unser Material aber doch, wie wir sehen, ein ziemlich homogenes zu nennen. Wichtiger aber ist der Umstand, daß das Hubertusburger Material und die Normalen fast alle frisch oder nach kurzer Formolhärtung studiert wurden, das Leipziger und Colditzer dagegen meist in Alkohol oder Müllerscher Flüssigkeit gehärtet war, wodurch die genauere Furchenbetrachtung leiden mußte, wie früher dargestellt ward. Ferner lagen die verschiedenen Untersuchungen zeitlich ziemlich weit auseinander, wodurch noch mehr Subjektivitäten sich einzuschleichen vermochten und besonders leicht das eine oder andere einmal übersehen oder überhaupt nicht ins Auge gefaßt werden konnte; daher die einzelnen Fragezeichen in der Tabelle [1]).

Was uns aber besonders auffallen muß, ist der Umstand, daß die Normalen in den meisten Abweichungen, sogar solchen, die man a priori

[1]) Dazu kommt, daß vom Leipziger Materiale keine Zeichnungen, nur hie und da rohe Skizzierungen einzelner Teile vorlagen, von den Normalen nur ganz wenige, so daß nachträgliche Feststellungen oder Kontrollierungen unmöglich wurden. Auch wurden vielleicht die N. doch noch genauer, weil zuletzt, untersucht, als die P.





für entschieden seltene halten möchte, wie z. B. die Taschen-, Trichter-, Deckelbildungen und Affenspalten, gleiche, sogar zum Teil höhere Zahlen aufweisen! Woher? Ich kann sie mir nur so erklären, daß meine fünfzehn normalen Gehirne in der Mehrzahl abnorm gewesen sein müssen, was ein fataler Zufall wäre, aber immerhin leicht möglich ist, da in allgemeinen Krankenhäusern bekanntlich viele minderwertige Elemente sich vorfinden. Über das psychische Verhalten der betreffenden Gehirnträger habe ich selbst leider nichts erfahren. Zu jener Ansicht einer eigentlichen Abnormität dieser sogenannten Normalgehirne werde ich namentlich dadurch geführt, daß es nach ihnen absolut unmöglich gewesen wäre ein in den Lehrbüchern als normales Gehirn abgebildetes Schema auch nur annähernd zu konstruieren. Die vielen Gehirne von Geisteskranken, die ich überhaupt sah, waren in ihrem äußeren Relief kaum viel anders, als diese Normalen! Hier müssen also entschieden noch weitere Untersuchungen an Normalgehirnen und zwar in einer viel größeren Menge gemacht werden, um erst eine dauerhafte Basis für Vergleichungen abzugeben. Es müßten jedoch wirklich „Normalgehirne", d. h. also von geistig Intakten und nicht von Minderwertigen, sein. Ihre Anamnese, besonders aber ihr psychischer Status, müßte möglichst genau bekannt sein, was freilich wieder voraussetzt, daß die Ärzte an den verschiedenen Abteilungen der allgemeinen Hospitäler sich darum mehr kümmern, als es heutzutage geschieht. Daher kommt es, wie ich beiläufig erwähnen möchte, daß wir über den geistigen Habitus, besonders der chronisch Kranken: der Tuberkulösen, Diabetiker, Gichtiker usw., so wenig Sicheres wissen und nur dann gewöhnlich etwas erfahren, wenn dort einmal eine Psychose sich nicht verkennen läßt.

Trotzdem wir also sehr wahrscheinlich auf ein ungünstiges normales Material gefallen sind, lassen sich doch manche wertvolle Winke der Tabelle entnehmen. Zunächst finden wir, daß gewisse Bildungen bei den P. häufiger auftraten als bei den N. Dahin gehören: mehrere Vertikalzüge in der Mitte (Nr. 2), c tief in S einschneidend (Nr. 3), ip ganz nahe am Rande auftretend (Nr. 9) oder umgekehrt stark nach abwärts gerückt (Nr. 10), w bis auf $^1/_2$ cm an ip herantretend (Nr. 12), während allerdings das noch prägnantere Einmünden von w in ip (echte Affenspalte) bei den N. häufiger war. Ferner prävalierten bei den P.: ip winkelig geknickt (Nr. 14), po bis $^1/_2$ cm an ip herantretend (Nr. 17), die Taschenbildungen (Nr. 24), endlich die tiefe schräge Durch-

schneidung der 3 Temporalwindungen (Nr. 40). Zum Teil sind die Differenzen ziemlich erheblich.

Viel wichtiger aber ist es, daß gewisse andere Anomalien *nur* bei den P. sich vorfinden. Dies sind: 1. po oben als breite Spalte auftretend (Nr. 19); 2. die Insel teilweis freiliegend (Nr. 21); 3. Aufsteigen eines inselförmigen Windungsstückes in einer Furche (Nr. 22); 4. Mikrogyrie oder puerile Windungen (Nr. 23); 5. doppelte oder mehrfache Taschenbildungen (Nr. 27); 6. doppelte Deckelbildungen (Nr. 30); 7. Deckelbildungen an beiden Hirnhälften (Nr. 31); 8. abnorm kleine Stirn (Nr. 35); 9. sehr große F_3 (Nr. 36); 10. Stirnlappen mit 7—8 Windungen (Nr. 37); 11. F_3 (stellenweis) 3 Windungen zeigend (Nr. 38) und 12. Warzenbildung auf den Gyris (Nr. 39).

Jeder Unvoreingenommene wird hiernach zugeben müssen, daß gerade diese Anomalien, namentlich die doppelt auftretenden Bildungen, ferner die zu kleinen oder zu großen Teile, die puerilen Windungen oder die Spaltungen derselben, schon a priori zu den ganz seltenen Abweichungen zählen und gerade sich nur bei den P. vorfanden, was gewiß kein bloßer Zufall ist. Sie sind um so bedeutsamer, als sie teils auf Entwicklungshemmungen hinweisen (Mikrogyrie, Trichterbildungen, kleine Stirn usw.), teils umgekehrt auf mehr hypertrophische Zustände (große F_3, Vermehrung der Windungen, aufsteigende Furchenstücke usw.); sie können auch kombiniert auftreten. Auf alle Fälle handelt es sich um ein abnormes Wachstum.

Natürlich werden noch weitere Untersuchungen nötig sein, um volle Klarheit zu gewinnen, zumal bez. der N. Je nach dem Material werden vielleicht einmal mehr die agenetischen oder die hypertrophischen Zustände prävalieren oder auch neue Anomalien sich zeigen, die wir nicht beobachteten. Das aber sind alles nur nebensächliche Dinge, wenn aus allem der allgemeine Satz sich unzweifelhaft ableiten läßt, wie ich hoffe, daß bei den P. nämlich die wirklich seltneren, auf deutliche Wachstumstörung hinweisenden, besonders agenetischen Anomalien an den Hirnwindungen und Furchen viel häufiger auftreten als bei N. und manche darunter vielleicht (wie bei uns) wohl nur bei ihnen. Ist dem aber so, dann spricht dies sehr mit dafür, daß das Gehirn der P. meist ab ovo (gewiß nur selten sekundär) abnorm minderwertig ist.

IV.

Mit den obigen Untersuchungen habe ich den Zyklus meiner auf die Ausbreitung der Stigmen überhaupt bei P. und N. gerichteten Studien abgeschlossen. Ich hatte früher schon gefunden, daß sowohl die äußeren anatomischen (*Näcke* 30) als auch die „inneren“ Stigmata (*Näcke* 35) in der Häufigkeit, Wichtigkeit und Ausbreitung von den N. zu den P. entschieden zunehmen und das bei relativ großem Materiale, wobei die Anomalien gleichfalls als Wachstumstörungen sich auffassen ließen, von denen besonders die eigentlich agenetischen Bildungen wichtig waren.

Wir sehen also, daß sowohl die äußeren als auch die „inneren“ Degenerationszeichen, endlich auch die selteneren Variationen an der Hirnoberfläche bei den P. entschieden häufiger sind als bei Normalen, besonders die Hemmungsbildungen. Wahrscheinlich sind solche Anomalien am Hirn auch, wie jene Stigmen, bei größeren Reihen ausgebreiteter als bei den N., d. h. bei gleicher Schwere an ein und demselben Gehirne häufiger, wie sie überhaupt schon schwerer auftreten. Dies alles muß die Annahme, daß das paralytische Gehirn zumeist ab ovo minderwertig, weniger resistent, mehr oder weniger invalid ist, immer wahrscheinlicher machen. Dieser Zustand könnte einmal aber auch sekundär eingetreten sein. Ein solches Gehirn ist aber nicht ohne weiteres einem „degenerierten“ gleichzusetzen, da bekanntlich gerade unter den Paralytikern viele Hochintelligente und Schaffende waren. Die Resistenz gegen gewisse Noxen, namentlich die Syphilis, ist jedoch eine geringere geworden, und das fehlerhaft angelegte Zentralnervensystem braucht sich infolgedessen wahrscheinlich leichter ab, im Sinne *Edingers* (12). Aber noch eine ganze Reihe weiterer Momente unterstützen unsere Theorie. Hier seien die wichtigsten mehr oder weniger kurz rekapituliert oder neu zugefügt.

1. Zunächst habe ich in verschiedenen Arbeiten (*Näcke* 30, 32, 33, 35), zuletzt in einer umfangreichen (40), nachgewiesen, daß die erbliche Belastung[1]) bei P. eine ganz erhebliche ist und sich von der bei den übrigen

[1]) In welchem Sinne ich sie aufgefaßt haben will, habe ich dort auseinandergesetzt.

Geisteskranken kaum unterscheidet, wie immer mehr anerkannt wird. Auch die „schwere" hereditäre Belastung, namentlich also die mehrfache, finde ich immer häufiger als früher (siehe z. B. oben in der Statistik). Und *H. Vogt* (55.) hebt ganz besonders diese schwere Belastung der P. hervor. Natürlich bedeutet an sich erbliche Belastung noch keine abnorme Veranlagung oder gar bestehende Geisteskrankheit. Sie ist nur ein Hinweis auf die Möglichkeit eines invaliden Gehirns. Es müssen eben eine Reihe weitere Momente zusammenkommen, um die Möglichkeit zur Wahrscheinlichkeit zu erhöhen. Für die Wichtigkeit des erblichen Faktors sprechen auch zum Teil die Fälle von sog. Vererbbarkeit der P., die auch *Vogt* beobachtete. Sie ist meiner Ansicht nach wohl nur so zu erklären, daß entweder der paralytische Vater seine spezifische Gehirnanlage dem Kinde vererbte oder seine Lues das Keimplasma so schädigte (Blastophtorie), daß dies abnorm im Gehirn sich entwickelte [1]). In beiden Fällen findet dann die erworbene Syphilis den geeigneten Boden vor. Diese Hypothese ist sicher näherliegend als die *Lundborgs* (25), der da meint, die Entwicklungsstörungen des Nervensystems überhaupt entstünden vielleicht durch schlechtes Funktionieren der Drüsen mit ihrer „inneren" Sekretion, wofür zurzeit palpable Tatsachen kaum vorliegen. Für die Möglichkeit direkter [1]) Vererbung einer abnormen Gehirnanlage sprechen namentlich die Fälle von Vererbung gewisser Hirnähnlichkeiten zwischen Vater und Sohn, oder solche bei Zwillingen usw., wie ich sie hier und früher schon erwähnte.

2. Diese postulierte Minderwertigkeit der meisten P. zeigt sich ferner darin, daß die Paralytiker charakterologisch von Kindesbeinen an sich vielleicht ebenso häufig von den Normalen unterscheiden wie die anderen Geisteskranken. *Flechsig* schrieb mir am 13. Jan. 1897 folgendes: „Paralytiker sind häufig von Haus aus lockere Zeisige und gehören zu den Belasteten. Ich halte den Einfluß der Belastung für wichtig! Ich glaube nicht, daß ein ab ovo

[1]) Also ohne Erbsyphilis. Wo letztere vorhanden ist, sind alle Organsysteme mehr oder weniger geschädigt, und P. kann eintreten auch ohne spätere Infektion.

kerngesunder Mensch durch Syphilis-Toxin Hirnatrophie bekommt.“ Es finden sich eben gewisse Eigentümlichkeiten, physio- und psychologische Stigmata, die bekanntlich viel wichtiger sind als die anatomischen, dort viel häufiger, wie ich dies besonders anderwärts (40) betonte.

3. Weiter habe ich wiederholt (32, 33, 40) auf die so häufig minderwertige oder anderweit erkrankte Deszendenz der Paralytiker hingewiesen, was durchaus nicht immer, wie es scheint, als Folge der väterlichen Lues zu betrachten ist, sondern als solche einer vererbten Minderwertigkeit des Vaters, die aber anders geartet sein kann. Die Auseinanderhaltung beider Fälle ist freilich eine außerordentlich heikle. Ich werde später einmal speziell piese Frage behandeln. Hierbezüglich möchte ich für jetzt nur noch hervorheben, daß *Pilcz* in der Aszendenz seiner Manisch-Depressiven außerordentlich häufig Paralyse vorfand, was kein bloßer Zufall ist.

Wichtiger für unsere Theorie sind jedoch folgende Befunde:

4. *Bittorf* (7) hat eine Reihe von Tabischen auf Heredität [1], Entartungszeichen, persönliche Anlagen usw. hin sehr genau untersucht und betont, daß Heterotopien grauer Substanz und abnormer Faserverlauf im RM. in den weitaus meisten der bisher untersuchten Fälle von Tabes und progr. Par. mit Hinterstrangerkrankung gefunden wurden, wie auch öfter Tabes mit Syringomyelie usw. verbunden ist (ähnlich auch bisweilen bei Paralyse. *Näcke*). Aus alledem schließt *B.*, daß das tabische RM. ab ovo minderwertig sein muß. Da nun Tabes und Paralyse einander so außerordentlich gleichen, so kann per analogiam wohl auch, meine ich, derselbe Satz auf die Paralyse sich anwenden lassen.

5. Neuerdings hat *Stern* (51) am tabischen RM. ganz merkwürdige Konfigurationsverhältnisse festgestellt, die den normalen gegenüber nur als angeboren agenetische Prozesse angesehen werden konnten. Das wäre dann eine weitere Bestätigung der *Bittorf*schen Meinung.

6. Letztere wird noch mehr gestützt durch die neuen Funde von *Biach* (6), der im tabischen RM. verschiedene charakteristische

---

[1]) Er fand in seinen 31 Fällen bei M. 81,25 %, bei W. 80 % erbliche Belastung, gegenüber von 5,8 % bzw. 7 % bei Normalen.

atavistische Bildungen nachwies (besonders merkwürdige Gliawucherungen und eigentümliche Bildungen der subst. gelatin. Rolandi), die dem normalen RM. abgehen.

7. *Vogt* hat (55) Untersuchungen von *Roudonie* in Florenz hervorgehoben, wonach am Gehirn jugendlicher P. auch eine in verschiedenen Details unfertige Hirnrinde konstatiert wurde mit embryonalem Schichtenbau, unfertigen Zellenelementen der Rinde, Neuroblasten, kleinsten Heterotypien im Mark usw. Danach sieht es *Vogt* als sicher an, daß bei der jugendlichen Paralyse das angeborene Moment mit im Spiele sei. Das ließe sich wohl auch auf die Paralyse der Erwachsenen ausdehnen, wofür noch viele von *Näcke* angeführte Momente sprächen. Das erscheint mir viel sicherer und ansprechender als ohne eine solche Anlage die Hilfe einer absolut imaginären „Syphilis nervosa" anzurufen, wie es *Junius* und *Arndt* (20) tun.

8. *Ranke* (44) hat in 9 Fällen von juveniler Paralyse gewisse Entwicklungsstörungen in der Rinde des Kleinhirns gefunden, wie auch schon vor ihm *Sträussler*. Daß diese nicht wohl von foetaler Lues herrühren konnten, die ja bekanntlich der juvenilen Par. meist zugrunde liegt, erschließt Verf. mit Recht daraus, daß er namentlich in 15 genau untersuchten Fällen von kongenitaler Syphilis obige Veränderungen nur einmal vorfand. Er scheint daher geneigt, bei P. eine angeborene anatomische Anlage anzunehmen.

Edingers (12) Auffassung der Paralyse als eine der „Aufbrauchskrankheiten" [1]) setzt eine angeborene (wohl seltener erworbene) geringere Widerstandsfähigkeit durch schwächere Anlage des Zentralnervensystems resp. anderer Organe voraus. Die Syphilis würde dann, meiner Ansicht nach, den „Aufbrauch" der Nervensubstanz nur noch beschleunigen, resp. einleiten. So erklärt es glaube ich mit Recht *Edinger*, warum so viele Eingeborene vieler Länder trotz Lues nur wenig Paralyse haben, weil bei ihnen eben doch im ganzen der Kampf ums Dasein noch fehlt und somit wahrscheinlich eine allmählich sich entwickelnde spezifische Schwäche gewisser Hirnbahnen sich nicht ausgebildet hat. Ich hatte das schon in meiner Arbeit

---

[1]) *Edingers* Theorie der „Aufbrauchskrankheiten" wird zwar von verschiedenen bekämpft, hat aber wohl zweifellos vieles für sich.



über Bosnien (38) näher zu begründen versucht. Sobald solche Halb- oder Unzivilisierte in die Stadt ziehen, beginnt der eigentliche Lebenskampf, und die Gefahren werden durch den Alkoholgenuß noch größer. Dann muß natürlich Paralyse häufiger werden, da alkoholische Luiker eher paralytisch oder tabisch werden als ohne Alkohol. Daher konnte *A. Marie* (*Sioli* 48) in Kairo unter den Arabern ziemlich viel P. finden, die in der Wüste fehlt, ebenso *Wolff* in Beirut. Bezeichnend dafür ist es auch, daß nach *Moreira* und *Penafiel* (28) unter den Farbigen Brasiliens die Paralyse gerade die Gebildeten außerordentlich bevorzugt, die ja meist in den Städten wohnen und die Kulturgenüsse durchkosten. Sehr richtig sind auch die Resultate von *Ziemann* (79). Dagegen sind die von *Sioli* (l. c.) aufgezählten anderen Möglichkeiten einer Erklärung für das seltenere Auftreten der Paralyse wohl kaum stichhaltig, so z. B. die angeblich bei vielen Völkern verbreitete vererbte Syphilis, wodurch die Individuen allmählich eine gewisse Invalidität erlangen und leichter erkranken würden, als nach erworbener Lues. Von der Ausbreitung der Erbsyphilis bei den Naturvölkern aber wissen wir nur recht wenig. In Bosnien scheint sie häufiger zu sein, trotzdem ist die Paralyse selten, und sehr schwere Fälle von Lues sind häufig. Meist aber handelt es sich um Syphilis durch Infektion. Auch wurden bekanntlich viele Wilde beim Einschleppen der europäischen Lues dadurch förmlich dezimiert, ohne daß damals, so viel ich weiß, von Par. berichtet wurde. Nach verschiedenen Autoren sind es gerade die leichteren und nicht die schweren Formen der Syphilis, die Par. oder Tabes gern herbeiführen, und auch bei Völkern mit weit verbreiteter leichter erworbener Lues dürfte die Paralyse selten sein. Die Möglichkeit einer „Syphilis nervosa" haben wir schon oben als zurzeit reinste Hypothese abgewiesen. Die von *Bing* (Diskussion zu *Edinger*, l. c.) ins Feld geführte verschiedene Neurotoxizität der Syphilis der einzelnen Tabesepidemien — es gäbe solche, wo statt 1%: 75% tabisch würden — könnte eher allenfalls dafür verwendet werden. Doch fehlen zurzeit die exakten Beweise einer verschiedenen Syphilis-Toxizität, und obige Daten *Bings* ließen sich auch mit unserer Theorie vereinigen. Es könnte nämlich Zeiten geben, wo die angeborene Gehirndisposition häufiger auftritt als sonst. *Neisser* (80) erkennt bei Tier und Mensch keine verschiedene Virulenz der Syphilis an. Die Verschiedenheiten im Krankheitsverlauf wären vielmehr auf

die Disposition zu schieben. Danach ist es klar, daß die Syphilis das Gehirn eben deshalb angreift und vorwiegend, weil es der locus minoris resistentiae ist. Auch die konjugale Paralyse (*Junius* 20) ist im ganzen ein viel zu seltenes Vorkommnis, als daß sie für die ausschlaggebende Wirkung der Syphilis sprechen könnte, viel eher für meine Theorie, da sicher von den infizierten Ehefrauen nur wenige paralytisch usw. werden, und zwar wahrscheinlich nur solche, die eine angeborene spezifische Gehirndisposition besaßen[1]). Und mit anderen muß ich dabei bleiben, daß von den Dirnen oder solchen, die es früher waren, in den meisten Irrenanstalten, ebenso aber auch — was schwerer wiegt — in den Gefängnis-, Besserungs- und Arbeitshäusern, nur sehr wenig Tabische oder Paralytische sind, trotzdem sie fast alle syphilitisch und die meisten außerdem noch Trinkerinnen waren. Das spricht gleichfalls für meine These. Daß *Hübner* seinerzeit in Berlin unter den Dirnen so viele Paralytische fand, widerlegt nicht das Obige, da in der Weltstadt die Verhältnisse ganz anders liegen als anderenorts.

V.

Aus Obigem ersieht man wohl hinreichend, daß eine große Reihe von Momenten vorliegen, die für eine meist angeborene (selten erworbene) „Invalidität“ des paralytischen Gehirns plädieren. Die Gründe nnd das Zahlenmaterial meiner Untersuchungen sind so groß, daß sie künftig nicht ignoriert werden dürften. Auch die Kliniker, die bis jetzt der Sache sehr kühl gegenüberstanden und sie in ihren Lehrbüchern oft nicht einmal berührten, werden sie früher oder später doch beachten müssen, wollen sie nicht als rückständig gelten. Die Hypothese der meist minderwertigen Anlage

[1]) Es ist wunderbar, wie wenige Ehefrauen trotz wiederholter Aborte syphilitisch werden, und doch zeigen gewiß so manche die Sero-Reaktion. Von den „immunen“ Müttern hereditär-luischer Kinder zeigten nach *Bruck* (81) 78% positive Resultate mit Serum. Es sind also latent Syphilitische, die so bleiben und nie paralytisch oder tabisch werden, da es bisher wohl nur solche wurden, bei denen manifeste Lues sich zeigte. Bei den Ehefrauen ist auch stets daran zu denken, daß schon manche vor der Ehe syphilitisch waren und deshalb nicht erst konjugal erkrankten.

des Paralytiker-Gehirns ist bereits so gut fundiert, daß sie die Hypothesen-Natur immer mehr abstreift und hoffentlich bald durch Anerkennung als Tatsache überflüssig wird.

Schon gibt es eine ganze Reihe von Forschern, (siehe besonders bei *Näcke* 40), die meiner Ansicht mehr oder minder beigetreten sind. Aus der neuesten Zeit nenne ich noch *H. Vogt*, vielleicht auch *Ranke* und besonders Prof. *Obersteiner* in Wien, der die neueste und ausgezeichnete Monographie über Paralyse geschrieben hat (42) und für den Sachverhalt die kurze, aber prägnante Formel aufstellte: Paralyticus nascitur atque fit, d. h. also: zur angeborenen Anlage muß noch eine Gelegenheitsursache zur Erzeugung der Paralyse kommen, und das ist meist — aber auch nach *Obersteiner* nicht ausschließlich — die Syphilis, wie ich dies schon seit langem behaupte.

In einem Briefe an mich (11. Febr. 1908) schreibt Prof. *Obersteiner*:

„Aus Ihrer freundlichen Besprechung meiner „Paralyse" ... entnehme ich zu meiner Befriedigung, daß sich unsere Anschauungen über die Veranlagung vollkommen decken. Es freut mich dies um so mehr, als ich überhaupt den Gedanken durchzuführen trachte, daß die Mehrzahl der Nervenkrankheiten — zunächst einmal der organischen — pathognostisch auch auf eine bestimmte Anlage des Nervensystems zurückzuführen ist, ein Nachweis, der auch schon mit unseren jetzigen beschränkten Hilfsmitteln oft zu führen ist; ich nenne nur beispielsweise die Tabes, Syringomyelie, manche Tumoren und anderes. Gewiß werden uns verfeinerte Untersuchungsmethoden darüber später einmal weitere Aufschlüsse bringen, vielleicht dann auch bezüglich mancher jetzt noch funktionellen Erkrankungen..."

Und am 19. Febr. 1908 schreibt er weiter:

„..... Schon seit Jahren bemühe ich mich, den verallgemeinernden Standpunkt von der „Anlage" meinen Schülern klar zu machen und bei passender Gelegenheit sie zu entsprechenden Arbeiten anzuregen. Die großen Untersuchungen von *Karplus* über Familienähnlichkeiten im Zentralnervensysteme gingen auch von einer ähnlichen Idee aus, in der letzten Zeit hat *Stern* .... für das RM. der Tabiker recht wichtige Tatsachen aufgefunden. Auch eine eben im Druck befindliche Arbeit meines Assistenten Dr. *Orzeclovsky* könnte hier mit Rücksicht auf die Brückenwinkeltumoren angeführt werden. Seit langer Zeit ist Dr. *Neurath* mit der Untersuchung kindlicher und embryonaler Gehirne in diesem Sinne beschäftigt. Wie Sie sehen, wagte ich also die Frage von den verschiedensten Seiten her anzugehen ..... Die Teratologie und die ganze Embryologie gewinnen meines Erachtens für uns immer größere Bedeutung...."

Und damit kommen wir jetzt auf einen Hauptpunkt: Die angeborene Minderwertigkeit, Invalidität des Gehirns oder RM.'s läßt sich endgültig nur durch Nachweis eines anatomischen Substrats hierfür beweisen, und das kann bloß durch teratologische Untersuchungen geschehen, wie sie so aussichtsreich schon von *Monakow*, *Probst*, *H. Vogt*, *Obersteiner* und seinen Schülern u.A. inauguriert und oben zum Teil erwähnt wurden. Man geht dabei wohl von der richtigen Voraussetzung aus, daß fehlerhafte Anlagen von Hirnpartien oder von Elementen durch Entwicklungsstörungen resp. sehr frühzeitig eingetretene pathologische Zustände, mit einer schlechten Funktionierung dieser Teile, mit einer geringeren Widerstandsfähigkeit gegen gewisse Noxen in Zusammenhang stehen müssen, ein Zusammenhang, der freilich nur an großem Materiale zu erweisen ist, wobei es dann einer ferneren Zukunft vorbehalten bleibt, auch etwaige charakteristische Teratologien oder Kombination derselben mit bestimmten psychischen Folgen in Verbindung zu bringen. Denn der Ausbruch der verschiedenen Irreseinsformen, also auch der Paralyse, kann doch wohl nur durch eine für jede Form bestimmte Gehirndisposition erklärt werden. Dafür spricht allein schon der Umstand, daß dieselbe Noxe (cet. par., soweit dies bei so komplexen Dingen überhaupt zu sagen möglich erscheint) bei dem einen Dementia praecox, bei dem anderen Paranoia, bei dem dritten manisch-depressives Irresein erzeugt, während wiederum Syphilis zwar meist bei Paralyse sich findet, aber auch bei anderen Psychosen, wo sie eventuell auch nur reine Kombination darstellt.

Es gilt also, namentlich in der Hirnrinde auf obige Heterotopien grauer Substanz, Reste embryonalen Gewebes, Verlagerungen der Ganglienschichten, falsche Orientierungen der Zellen, agenetische Prozesse an Zellen, Nervenfasern, Piagewebe, Gefäßen usw. zu fahnden, und zwar an möglichst großem Materiale. Leider erheben sich gerade für die Paralyse besondere Schwierigkeiten. Bei der relativ langen Dauer und Schwere des Leidens entstehen nämlich durch Destruktionsprozesse allerlei Verschiebungen der Zellen und Zellenschichten, künstliche Heterotopien usw. infolge von Atrophien, Veränderungen, die dann nicht oder nur schwer von Agenesien zu trennen sind; das gleiche bezieht sich



auf das Piagewebe und die Gefäße. Eine solche Hirnrinde können wir also für unsere Zwecke nicht verwenden. Höchstens kämen nur solche Partien in Frage, die relativ weniger in Mitleidenschaft gezogen werden, also z. B. die Rinde am Scheitelhirn und an der Basis, namentlich aber am Kleinhirn, das *Ranke* mit Glück untersuchte.

Am besten wäre daher eine Untersuchung des paralytischen Gehirns im Initialstadium vorzunehmen. Solche Gehirne sind aber nur selten erhältlich, und man müßte doch eine größere Reihe solcher haben, um gewisse Schlüsse mit einiger Wahrscheinlichkeit oder gar Sicherheit zu ziehen. Außerdem ist anfangs die Diagnose oft schwierig. Heute mit der Serodiagnostik allerdings kaum noch und post mortem durch die *Nissl*'schen Befunde zu bestätigen, vorausgesetzt, daß man nur das als echte Paralyse anerkennt, wo sich jene Funde vorfinden, ein Standpunkt, der wohl immerhin noch diskutierbar ist.

Unter solchen Verhältnissen schlug ich Prof. *Obersteiner* brieflich die Untersuchung des Markes und der Basalganglien zu teratologischen Studien vor. Beide Objekte werden bekanntlich weniger angegriffen als die Rinde, und zwar um so weniger als seit einer Reihe von Jahren viele Autoren eine Änderung überhaupt der pathologischen Anatomie bei der P. und damit Hand in Hand gehend auch eine solche der klinischen Gesamtbilder resp. gewisser Symptome bez. ihrer Häufigkeit konstatierten, so auch ich (34, 36). Hier im Marke wird es schwerlich „künstliche" Heterotopien geben, auch werden sich etwaige agenetische Prozesse an Zellen und Fasern vielleicht eher von krankhaften trennen lassen. Desgleichen erscheinen die Gefäße hier wahrscheinlich weniger verändert. Am wenigsten aber werden sicher die Basalganglien von der Krankheit ergriffen, und hier dürfte daher der beste Angriffspunkt für eine teratologische Untersuchung zu finden sein. Auch die Gefäße sind mit zu berücksichtigen; dies scheint mir schon daraus hervorzugehen, daß ich gerade bei P. nicht allzu selten Aplasie des Herzens und der großen Gefäße antraf. Ich bin auch überzeugt, daß solche an den Basalgefäßen und ihren Verzweigungen häufiger sind als bei N., wie sehr wahrscheinlich auch Abnormitäten in Gefäßursprung und -verteilung. Sind aber das Mark und die Basalganglien wirklich geeignete Untersuchungsobjekte für unsere

Zwecke[1]), so sind sie leicht und in der nötigen Menge zu beschaffen, was eben bei den Gehirnen aus dem Initialstadium nicht der Fall ist.

Aber schon aus den spärlichen bisher bekannten anatomischen Untersuchungen und unseren oben angeführten vielfältigen anderweiten Momenten können wir bereits jetzt mit einiger Sicherheit sagen, daß ohne angeborene, gewiß nur selten erworbene Veranlagung des Gehirns (des RM.'s bei Tabes), und zwar jedenfalls eine spezifische, die Syphilis, resp. eine andere Ursache die Paralyse nicht oder nur ganz ausnahmsweise wird erzeugen können. Schon der Umstand allein, daß von allen Syphilitischen durchschnittlich nicht mehr als 1—2% paralytisch oder tabisch werden[2]), spricht für obige These. Auf die Seltenheit der Par. bei Primitiven trotz häufiger Lues kam ich schon oben zu sprechen.

Hier muß ich noch einen gewissen Vorwurf zurückweisen, den mir *Sioli* (48) macht. Er sagt nämlich wörtlich (p. 92) „.... Die Theorie, daß die abnorme Disposition des Gehirns ab ovo eine wesentliche Bedingung zur Paralyse bilde, daß deren Ausbruch nicht durch die Syphilis, sondern durch andere Ursachen (Alkohol, Trauma) erzielt werde, wird doch ebenso wie die Aufbrauchstheorie durch Erfahrung am einzelnen Fall zu wenig gestützt." Abgesehen davon, daß ich nie behauptet habe, der Ausbruch dieser Krankheit werde nicht durch Syphilis, sondern durch andere Ursachen erzielt, so habe ich doch stets, auch jetzt noch, meine Theorie nur als eine sehr wahrscheinliche hingestellt, und der Leser wird mir nach den vorangehenden Auseinandersetzungen wohl nur Recht geben können. Mehr wollte ich auch nicht sagen, da ich die Entscheidung hierüber weiteren Untersuchungen, namentlich teratologischen, überlassen muß, die aber hoffentlich meine

[1]) Prof. *Obersteiner* schrieb mir am 4. März 1908: „Ich stimme Ihnen vollkommen bei, daß man auch in Ermangelung der Initialfälle ein recht gutes Surrogat an den weniger betroffenen Stellen bei vorgeschrittener Paralyse finden kann....."

[2]) Wesentlich höher lauten die Zahlen von *Waldvogel und Süssenguth* (58), die von 89 gestorbenen Syphilitikern 2,5 % an Tabes und ca. 12 % Paralyse erkrankt fanden. Die Zahlen sind ganz abnorm und sic nicht allgemein gültig!



These immer mehr bestätigen werden. Wenn man gewisse Sätze hinstellt, so meint man kaum, daß sie allgemeingültig sein sollen. Solche gibt es wohl weder in der Psychiatrie, noch Psychologie, Pathologie, Anthropologie usw. Wir meinen damit nur, daß etwas durchschnittlich oder meist eintreffe. Im einzelnen Falle kann es aber auch anders sein, daher ist fast nie von einem sog. allgemeingültigen Satze auf den einzelnen Fall absolut sicher ein Rückschluß zu machen! Das sehen wir überall. Nur die Mathematik und Physik sind hier auszunehmen, und doch hat auch letztere sogar durch das Radium zum Teil ganz neue Gesichtspunkte gewonnen. Also: Ausnahmen — bisweilen freilich nur scheinbare — wird es stets geben, was uns jedoch nicht hindern darf, gewisse Sätze zu formulieren. Der Satz: Keine Paralyse ohne Syphilis (*Moebius*) ist sicher für den einzelnen Fall nicht richtig, wohl aber für die meisten, und sollte deshalb nicht in dieser kategorischen Form hingestellt werden. Ich habe meine These deshalb vorsichtiger gefaßt und spreche zunächst nur von „meist angeborener Anlage". Mehr kann man billigerweise nicht verlangen!

Ich sehe eben als Hauptfaktor in der Paralyse die angeborene (selten erworbene) Gehirndisposition an, für die meisten Fälle wenigstens. Die Gehirnanlage bestimmt ja überhaupt im Grunde den Charakter des Menschen und *Adler* (1) sagt daher nicht mit Unrecht, freilich von anderen Gesichtspunkten ausgehend: „... Das Schicksal des Menschen, damit auch die Prädisposition zur Neurose, liegt .... in der Minderwertigkeit des Organs (sc. Gehirns) ausgesprochen." Hier sei noch ein Wort von *Brachet* (9) angeführt (aus der Einleitung, p. CXLIX): „A l'inverse des sciences physico-chimiques, en pathologie le rapport de la causalité est une loi secondaire (Claude Bernard), et la cause déterminante n'est rien sans la cause prédisposante." So gewaltig ist der Einfluß der anatomischen Veranlagung im Normalen und im Pathologischen! Ist sie also auch für die Paralyse die conditio sine qua non, so erscheint die Syphilis nur als Gelegenheitsursache[1]), die auch einmal durch eine andere

[1]) Es ist auch nicht ausgeschlossen, daß sie einmal nur reines accidens, reine Kombination darstellt, ohne Einfluß also auf das Nervensystem.

ersetzt sein kann, ja eine solche kann sogar anscheinend bisweilen ganz fehlen.

Wir können aber noch allgemeiner sagen, daß es sehr wahrscheinlich keine Geistes- und Nervenkrankheit geben wird ohne eine angeborene, selten erworbene Veranlagung des Zentralnervensystems, und zwar eine solche spezifischer Art. Eine Unmasse von Momenten und Befunden sprechen bereits dafür. So erst wird uns die Pathogenese wirklich näher gebracht!

Von unserem Standpunkte aus wird aber weiter die Prophylaxe vertieft. Es heißt dann nicht mehr bloß: Beseitigung der Gelegenheitsursache, also vor allem der Syphilis, sondern vor allem Berücksichtigung der angeborenen Anlage: zweckmäßige Hygiene, Erziehung, Berufswahl, Alkoholabstinenz u. s. f. Wichtiger aber fast ist es noch, daß man bestrebt sein sollte, die angeborene Invalidität überhaupt zu verhindern und das durch eine vernünftige Rassenpolitik, vor allem durch Kreuzung mit gesundem Blute. Konsequent fortgesetzt müßten sich die krankhaften Anlagen allmählich „aufhellen“ und so verschwinden. Freilich wird es stets nur ein pium desiderium sein, doch bis zu einem gewissen Grade ist die Sache sicherlich realisierbar. Noch andere Maßnahmen wären zu treffen. Dagegen ist der Ausschluß minderwertiger Elemente vom Heiraten durch Eheverbote mehr oder minder illusorisch, wie ich dies des näheren (39) ausführte. Mehr Erfolg dagegen verspricht die Kastration gewisser Klassen von Entarteten (*Näcke* 31, 37, 41, 62), die bereits im nordamerikanischen Staate Indiana eingeführt ist, wo schon 300 solcher Operationen anstandlos ausgeführt wurden. Die Sache ist also durchaus keine Utopie, und es geht nicht mehr an, wie es jetzt noch meist geschieht, daß man über einen solchen Vorschlag die Nase rümpft oder vornehm die Achseln zuckt. Die Vorteile sind zu groß, die etwaigen Nachteile sehr zurückstehend. Der Irrenarzt sollte überhaupt mehr als bisher sich auch mit soziologischen Dingen beschäftigen und namentlich der Verbesserung der Rasse, welche ja gleichbedeutend ist mit Einschränken der Geistes- und Nervenkrankheiten, sein spezielles Interesse zuwenden!

Literatur-Verzeichnis.

1. *Adler*: Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. Fortschritte der Medizin, Nr. 19, 1908.
2. *Bayerthal*. Weitere Untersuchungen über die Beziehungen zwischen Schädelumfang und Intelligenz im schulpflichtigen Alter. Zeitschrift f. experiment. Pädagogik, 1907.
3. *Beam*: On a racial peculiarity in the brain of the negro. Proc. Assoc. Americ. Anat. 1905. Ref. Zentralblatt für Anthropol. 1905, p. 285.
4. *Benedikt*: Anatomische Studien an Verbrechergehirnen. Wien 1879.
5. *Benedikt*: Vergleichende Anatomie der Gehirnoberfläche. Encyklopäd. Jahrbücher, II. Aufl. 1893.
6. *Biach*: Zur Tierähnlichkeit im menschlichen Rückenmarke. Neurol. Zentralbl. 1908.
7. *Bittorf*: Über die Beziehungen der ektodermalen Keimblattschwäche zur Entstehung der Tabes dorsalis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, 1905.
8. *Bolk*: Das Gehirn eines Papuas aus Neu-Guinea. Petrus Campus 1905. Ref. Zentralbl. f. Anthrop. 1905, p. 211.
9. *Brachet*: Pathologie mentale des rois de France, Paris 1903.
10. *Buschan*: Kultur und Gehirn. Archiv f. Rassen- und Gesellschaft-Biologie, 1904.
11. *Dexler*: Beiträge zur Psychologie der Haussäuger. Deutsche Tierärztl. Wochenschr. 1908, Nr. 20—22.
12. *Edinger*: Über die Gruppe der Aufbrauchskrankheiten. Mit Diskussion. Ref. Neurol. Zentralbl. 1908, p. 638.
13. *Fuchs*: Frühsymptome bei Geisteskrankheiten. Eberswalde, 1908.
14. *Hansemann*: Über das Gehirn von Herm. v. Helmholtz. Zeitschr. für Psychol. und Physiol. der Sinnesorgane, Bd., XX, 1899.
15. *Hansemann*: Über die Gehirne von Th. Mommsen, R. v. Bunsen und Ad. v. Menzel. Stuttgart, 1907, Schweizerbart.
16. *Heinemann*: The physical basis of civilisation. Chicago 1908.
17. *Handmann*: Über das Hirngewicht der Menschen usw. Arch. f. Anat. u. Physiol. 1906. Ref. Zentralbl. f. Anthrop. 1906, p. 262.
18. *Jacob*: Contribution à l'étude de la morphologie des cerveaux des Indiens. Riv. del Museo de la Plata, 1904. Ref. Zentralbl. f. Anthrop. 1905, p. 218.
19. *Jacobius*: Untersuchungen über das Hirnwindungsrelief an der Außenseite des menschlichen Schädels, 1906. Diss. Ref. Zentralbl. f. Anthrop. 1907, p. 196.
20. *Junius* und *Arndt*: Über konjugale Paralyse usw. Monatsschr. f. Psych. und Neurol. Juli 1908.

21. *Karplus*: Über Familienähnlichkeiten an den Gehirnfurchen des Menschen. Arbeiten aus dem Neurol. Institut in Wien, 1905. Ref. Zentralbl. f. Anthrop. 1905, p. 70 u. 266.

22. *Karplus*: Zur Kenntnis der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensysteme des Menschen usw. 1907. Ref. Psych. Neurol. Wochenschrift. 1908, Nr. 10.

23. *Kohlbrugge*: Die Gehirnfurchen der Javanen usw. Ref. Zentralbl. für Anthrop. 1907, p. 270.

24. *Lomer*: Schädelmaß und Beruf. Allgem. Zeitschrift f. Psych. usw. 1907, Bd. 64.

25. *Lundborg*: Essai d'explication de la nature intime de la dégénérescence. L'Encéphale, 2 févr. 1908. Ref. Revue de psychiatrie etc. 1908, p. 247.

26. *Matiegka*: Über das Hirngewicht, die Schädelkapazität und die Kopfform und deren Beziehungen zur psychischen Tätigkeit des Menschen. Sitzungsber. d. Kgl. böhm. Gesellschaft d. Wissenschaften in Prag, 1902.

27. *Mocchi*: La circonferenza cefalica in rapporto alla statura, al profitto scholastico ed alla intelligenza, 1908. Ref. in Zentralbl. f. Anthrop. usw. 1908, p. 130.

28. *Moreira* and *Penafiel*: A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. Journ. of. ment. science, July 1907.

29. *Müller*: Über die Lageabweichungen des Gehirns zum Windungsrelief (G. Schwalbe) auf der Außenseite des Schädels beim Menschen. Ref. Münchener med. Wochenschr. 1908, p. 1209.

30. *Näcke*: Die sogen. äußeren Degenerationszeichen bei der progressiven Paralyse der Männer usw. Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 55.

31. *Näcke*: Die Kastration bei gewissen Klassen von Degenerierten als ein wirksamer sozialer Schutz. Archiv f. Kriminalanthrop. usw. 1899.

32. *Näcke*: Dementia paralytica und Degeneration. Neurolog. Zentralblatt 1899, Nr. 22.

33. *Näcke*: Die Rolle der erblichen Belastung bei der progress. Paralyse der Irren. Neurol. Zentralbl. 1900, Nr. 16.

34. *Näcke*: Über einige makroskopische Hirnbefunde bei männlichen Paralytikern. Allgem. Zeitschr. f. Psych. usw. Bd. 57.

35. *Näcke*: Einige „innere" somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen usw. Allgem. Zeitsch. f. Psych. usw. Bd. 58

36. *Näcke*: Clinical and pathological changes in dementia paralytica during recent decades. The Alienist and Neurologist, 1903.

37. *Näcke*: Kastration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit. Psych.-Neurol. Wochenschr. 1905, Nr. 29.

38. *Näcke*: Syphilis und Dementia paralytica in Bosnien. Neurol. Zentralblatt 1906, Nr. 4.

39. *Näcke*: Eheverbote. Archiv für Kriminalanthrop. usw. 1906.

40. *Näcke*: Erblichkeit und Prädisposition resp. Degeneration bei der progress. Paralyse der Irren. Archiv f. Psych. Bd. 41 (1906).

41. *Näcke*: Über Familienmord durch Geisteskranke. Halle, Marhold, 1908.

42. *Obersteiner*: Die progressive allgemeine Paralyse. 2. Aufl. Wien und Leipzig, 1908.

43. *Pearl*: Biometrical studies on Man. I. Variation and correlation in brain-weight. Biometrica 1905. Ref. in Zentralbl. f. Anthrop., 1905, p. 324.

44. *Ranke*: Spielt in der Ätiologie der Paralyse neben der luetischen Infektion eine spezifische Disposition des Nervensystems eine Rolle? Neurol. Zentralbl. 1908, p. 556 (Ref.).

45. *Retzius*: Das Gehirn usw. von Chr. Lovén. Biolog. Untersuchungen 1905. Ref. Zeitschr. f. Anthrop. 1905, p. 326.

46. *Schlöss*: Anatomische Studien an Gehirnen Geisteskranker. Jahrbücher f. Psych. Bd. XII., H. 3.

47. *Schwalbe*: Über das Gehirnrelief der Schläfegegend des menschlichen Schädels. Zeitschr. f. Morph. u. Anthrop. 1906. Ref. Zentralblatt f. Anthrop. 1907, p. 142.

48. *Sioli*: Geisteskrankheiten bei Angehörigen verschiedener Völker. Festschr. d. Anthropologen-Kongresses zu Frankfurt 1908.

49. *Spitzka, E. A.*: A study of the brains of six eminent scientists and scholars belonging to the American anthropometric society etc. Transactions of the American Philosophical Society, N. S. Volume XXI, Part. III, Philadelphia, 1907.

50. *Spitzka*: *E. A.*: Preliminary note on the brains of natives of the Andaman and Nicobar islands. Proceedings American Philosophical Society, vol. XLVII. 1908.

51. *Stern*: Beitrag zur Kenntnis der Form und Größe des Rückenmarksquerschnitts. Arbeiten aus dem Neurol. Institut an der Wiener Universität. XIV. Bd. 1907.

52. *Stieda*: Das Gehirn eines Sprachkundigen. Zeitschr. f. Morph. u. Anthr. Bd. XI. H. I. 1907.

53. *Tenchini*: Cervelli di delinquenti. 4 Teile, Parma 1885, 1887, 1891 u. 1895.

54. Notiz in „Umschau", 1908, p. 140.

55. *Vogt, H.*: Angeborene Veränderungen bei progressiver Paralyse der Kinder. Münchener med. Wochenschr. 4. Aug. 1908 (Ref.).

56. *Vogt, H.*: Die Bedeutung der Hirnentwicklung für den aufrechten Gang. Festschrift des Anthrop. Kongresses zu Frankfurt 1908.

57. *Waldeyer*: Gehirn südwestafrikanischer Völker. Sitzungsber. d. Kgl.

preuß. Akad. d. Wiss. 1906. Ref. Zentralblatt f. Anthrop. 1906, p. 217.

58. *Waldvogel* u. *Süssenguth*: Die Folgen der Lues. Berliner Klin. Wochenschrift 1908, Nr. 26.
59. *Weinberg*: Die Gehirne der Esthen, Letten und Polen usw. Ref. Zentralblatt für Anthrop. 1898, p. 60.
60. *Wildermuth*: Über Windungsanomalien am Gehirn von Epileptischen und Idioten. Mediz. Korrespondenzblatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins. 1891, 25. Jan.
61. *Zanke*: Hirngewicht und Schädel-Innenraum. Neurol. Zentralblatt 1897.
62. *Näcke*: Die ersten Kastrationen aus sozialen Gründen auf europäischem Boden. Erscheint im März oder April im Neurol. Zentralbl. 1909.
63. *Portigliotti*: Dati anatomici di uomini eminenti di Francia. Archivio di Psych. etc. 1901, S. 442.
64. *Draeseke*: Gehirngewicht und Intelligenz. Archiv f. Rassen- und Gesellsch.-Biologie 1906. Ref. Zentralbl. f. Nervenkrankh. und Psych. 1908, p. 239.
65. *Mingazzini*: Il cervello etc. Torino 1895
66. *Spitzka, E. A.*: Contributions to the encephalic anatomy of tbe races. The American Journ. of Anatomy, 1902.
67. *Weinberg*: Über einige ungewöhnliche Befunde an Judengehirnen. Biol. Zentralbl. 1903.
68. *Anton* u. *Bramann*: Balkenstich bei Hydrozephalus, Tumoren und bei Epilepsie. Münchner Medizin. Wochenschr. 1908, Nr. 32.
69. *Giacomini*: Varietà delle circonvoluzioni cerebrali dell' uomo. Torino 1881.
70. *Pfister*: Über die occipitale Region und das Studium der Gehirnoberfläche. Stuttgart 1879.
71. *Spitzka*: A study of the brain of the late major J. W. Powell. Americ. Anthropol. 1903.
72. *Benedikt*: Zur Frage der Verbrechergehirne. Wiener medizin. Presse. 1888.
73. *Donaldson*: Anatomical observations on the brain etc. of the blind deaf-mute Laura Dewey Bridgman. American Journ. of Psychology, 1890.
74. *Moebius*: Franz Joseph Gall. Leipzig 1905.
75. *Weinberg*: Die Interzentralbrücke der Carnivoren und der Sulcus Rolandi. Anat. Anz. 1902. Ref. Neurol. Zentralbl. 1903.
76. *Flechsig*: Gehirn und Seele. 2. Aufl. Leipzig, 1896.
77. *Mickle*: A typical and unusual brain-forms etc. Journ. of mental Science 1897.

78. *Weinberg*: Verbrecher-Gehirne vom Standpunkte sog. Normalbefunde. Archiv für Kriminalanthrop. etc. 1906.

79. *Ziemann*: Über das Fehlen bzw. die Seltenheit von progressiver Paralyse und Tabes bei unkultivierten Rassen. Deutsche medizin. Wochenschr. 1907, Nr. 52.

80. *Neisser*: Vortrag. Ref. Münchner medizinische Wochenschr. Nr. 42, 1908.

81. *Bruck*: Ref. Münchner mediz. Wochenschr. 1908. Nr. 42.



Paralytiker-Gehirne.

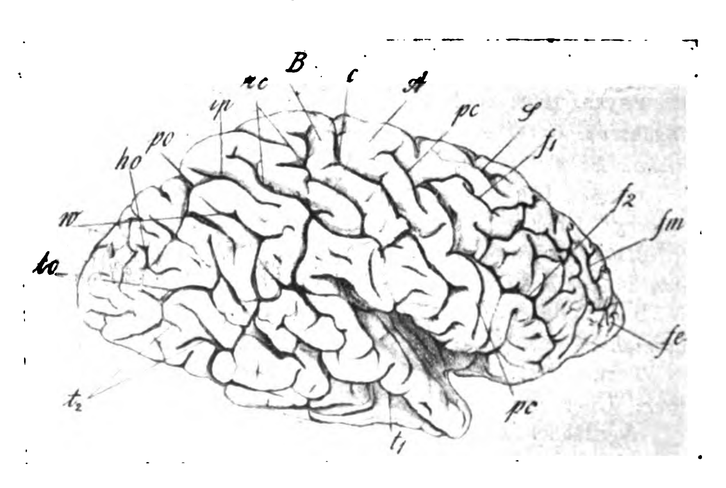


Fig. 1.

Die Bezeichnungen sind *Benedikt*: Vergleichende Anatomie der Gehirnoberfläche (Encyklopädische Jahrbücher, 2. Aufl. 1893) entnommen. Hierbei *c* = sulcus centralis, *pc* = s. praecentralis, *rc* = s. retro- oder postcentralis, *ip* = s. interparietalis, *w* = Wernickesche Furche (fiss. parieto-occip. ext.), *po* = fiss. parieto-occip. (interna), *ho* = fiss. occip. horizont. — *to-o₂-el* = fiss. temporo-occipit. (Benedikt), φ, *fm*, *fe* Sekundärfurche von F_1, *cc* = fiss. calcarina, *cr* = s. cruciatus, *cm* = fiss. calloso-marginalis. Die andern Bezeichnungen sind bekannt. — An Fig. 1 sind besonders die Verhältnisse der Zentralgegend interessant. t_1 tiefe Kluft. T_1, T_2 tief schräg durchschnitten, welche Kluft direkt in *w* geht und nahe an *ip*. Dadurch das ganze Hinterhirn fast abgespaltet. — *rc* mündet unten in *c*.

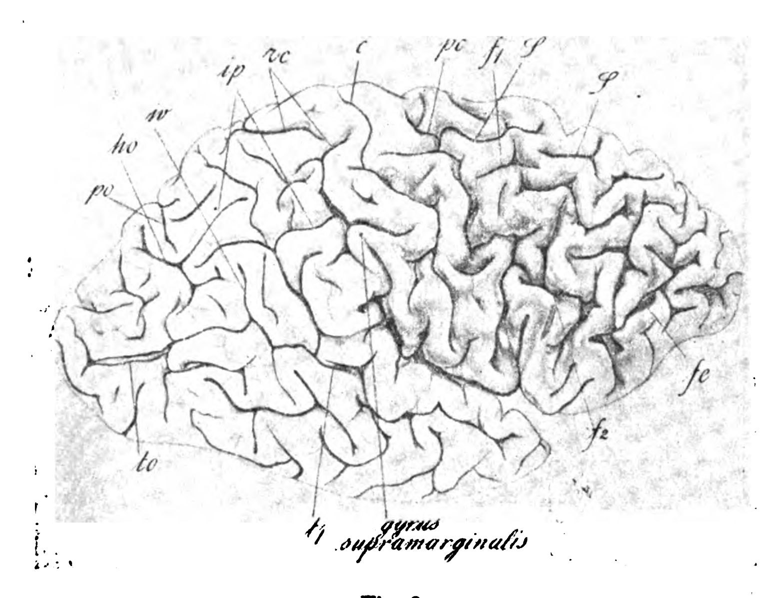


Fig. 2.
Stirn mit fünf Etagen. φ stark ausgeprägt. F_3 sehr groß. *c* teilt sich unten. Windungen verschieden breit und verschiedenen Niveaus.

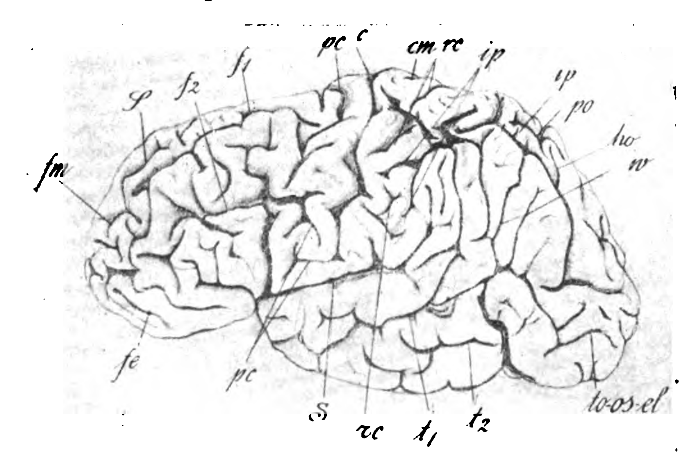


Fig. 3.
φ, *fm* und *fe* als Sekundärfurche von F_1 sehr deutlich. *c* verbindet sich unten mit *pc*. Trichterbildung in *ip*, welches abnorm tief herabgeht. — Starke schräge Zerklüftung von T_2 und T_3, die direkt in *w* und fast in *ip* mündet. Dadurch Abspaltung des ganzen Hinterhirns. Durch zwei andere Parallelen zu *w* und tiefe senkrechte Zerklüftung von F_2 und F_3 werden in der Mitte eine Reihe von Vertikalzügen gebildet.

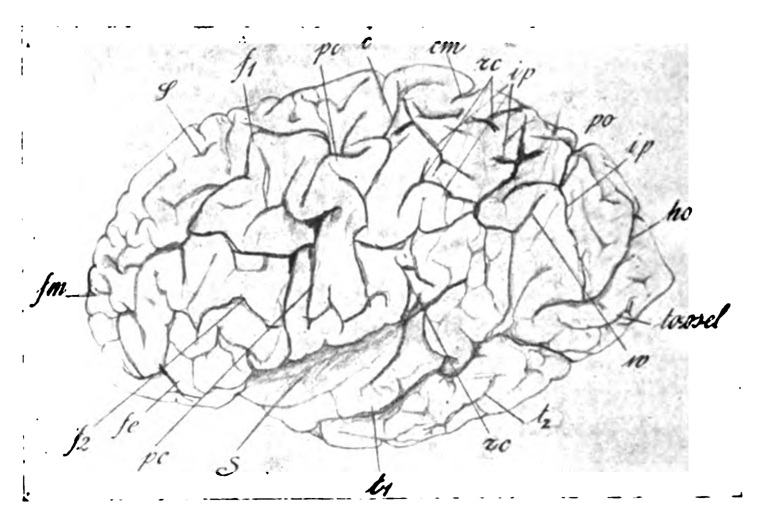


Fig. 4.
c mit *pc* verbunden unten. — *ip* ganz unregelmäßig, mit verschiedenen Parallelstücken und sehr lang, wie auch *ho*. — Starke Zerklüftung von T_2 und T_3, dadurch fast völlige Abtrennung des ganzen Hinterhirns.

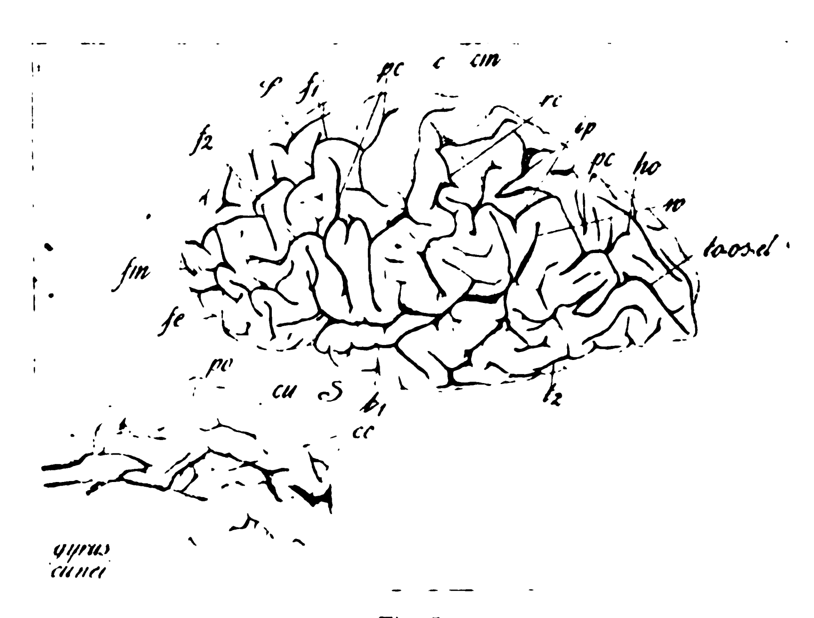


Fig. 5.
›c mit *c* sich verbindend. — *po* breite Spalte. Trennung von *po* und *cc* durch einen gyrus cunei.

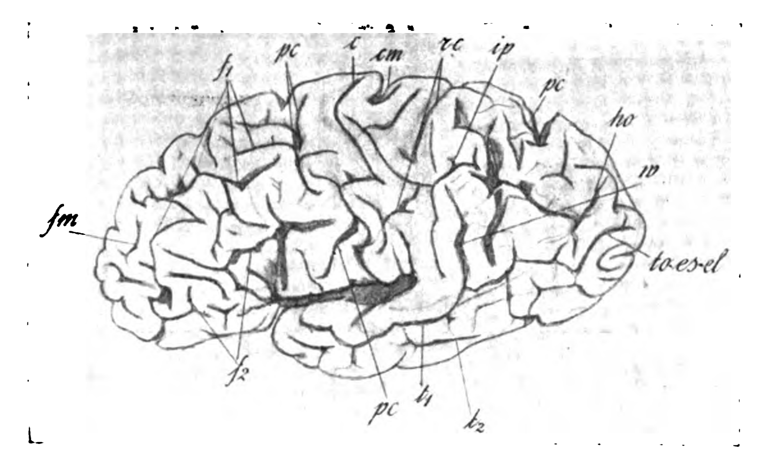


Fig. 6.
Ganz unregelmäßige Stirn. Unteres *pc* mit *c* sich verbindend. *cm* vorn tief einschneidend. *ip* ganz unregelmäßig. *pc* breite Kluft. T_2 und T_3 tief schräg durchschnitten, dadurch und weiter durch klaffende hintere Parallele zu *w* und oben *pc* fast vollständige Spaltung des ganzen Hinterhirns.

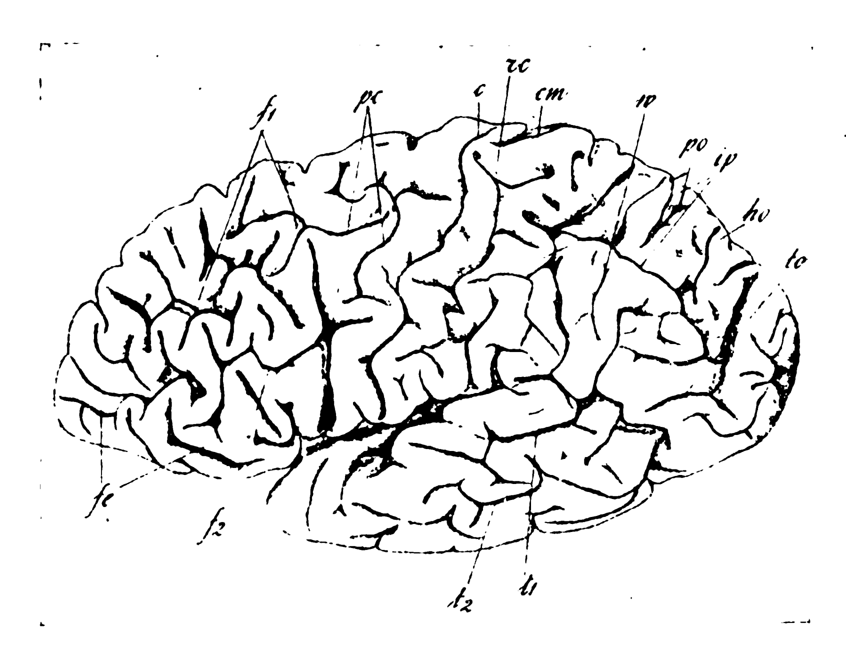


Fig. 7.
Kluftbildung in F_2 und F_3 (unteres Stück von *pc*). Trichterbildung im Anfange von *ip*. Endläppchen vorspringend. *po* als breite Spalte.

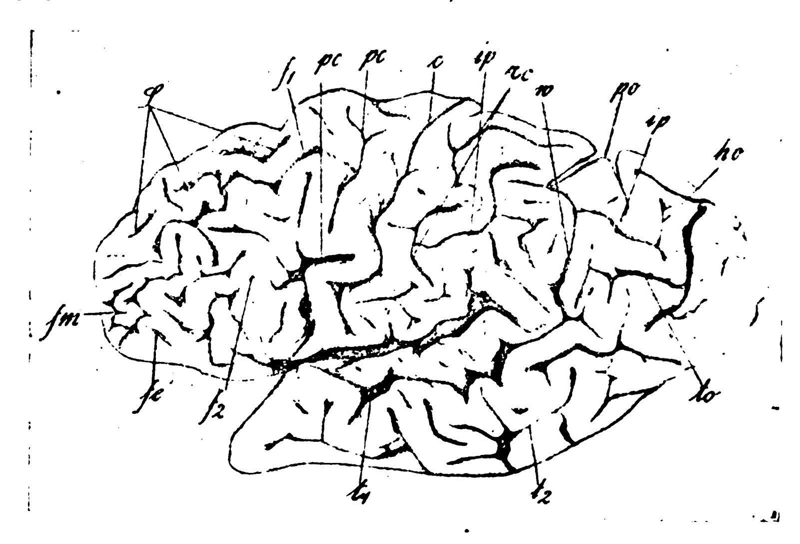


Fig. 8.

Vollkommene Affenspalte (*po* und *w* [mit zwei isolierten Parallelen] in *ip*). Stirn vorn mikrogyrisch. — φ stark ausgeprägt. — Das untere *pc* als tiefe Kluft mit Trichterbildung in F_2 und F_3. — Endläppchen scharf getrennt und vorspringend. — *to* vorn mit *S* sich verbindend

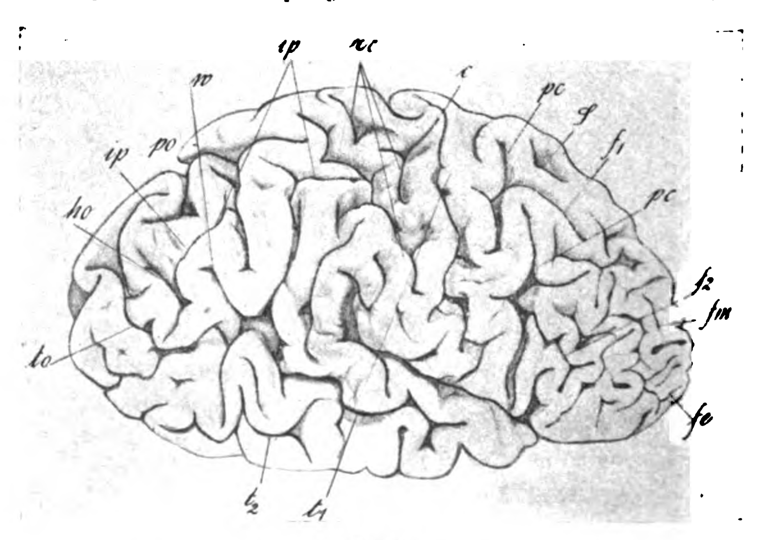


Fig. 9.

Mikrogyrische Stirnwindungen. — Das untere Stück von *pc* als tiefe Kluft (mit Trichterbildung) in F_2 und F_3. — *po* als Kluft. — Windungen verschieden breit, verschiedene Niveaus und zum Teil Stücke in andere sich wie eine Intussusception einschiebend In der Mitte eine Reihe von Vertikalwindungen.

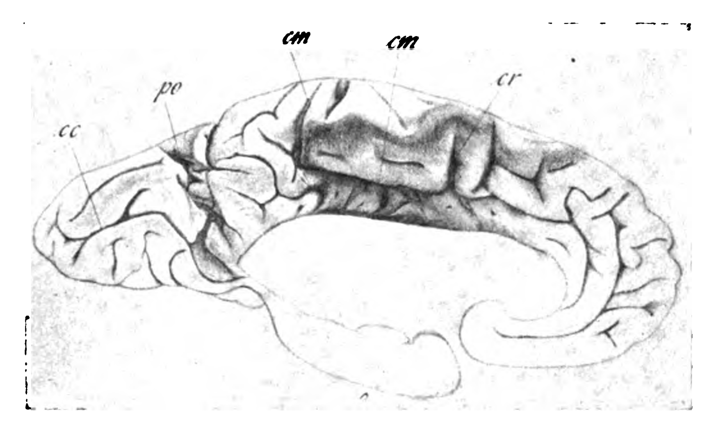


Fig. 10.

Der hypertrophische, überhängende lobus paracentralis. Die Hirnhälfte Fig. 8 gehört zum gleichen Gehirne. *po* ganz merkwürdig gestaltet, *cr* senkrecht, mit einer hinteren Parallele.

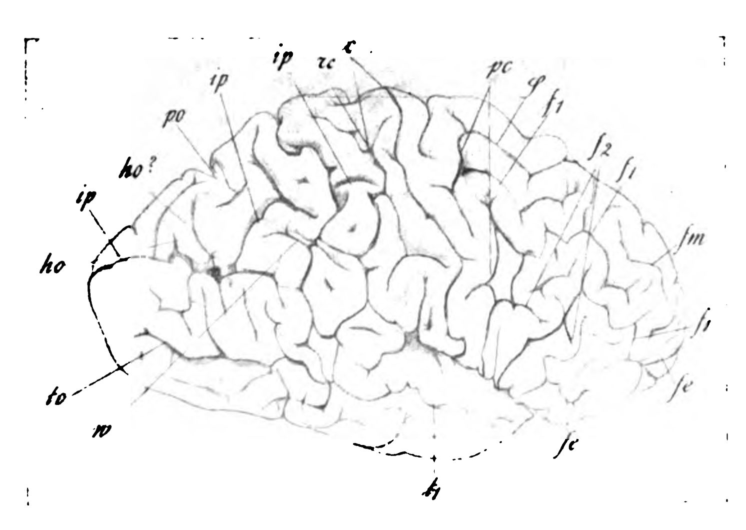


Fig. 11.

Stirn vorn in 6 bis 7 Windungen. — *c* fast in *S* mündend. In der Mitte eine Reihe von Vertikalwindungen. *ip* ganz unregelmäßig, mit verschiedenen Parallelstücken.

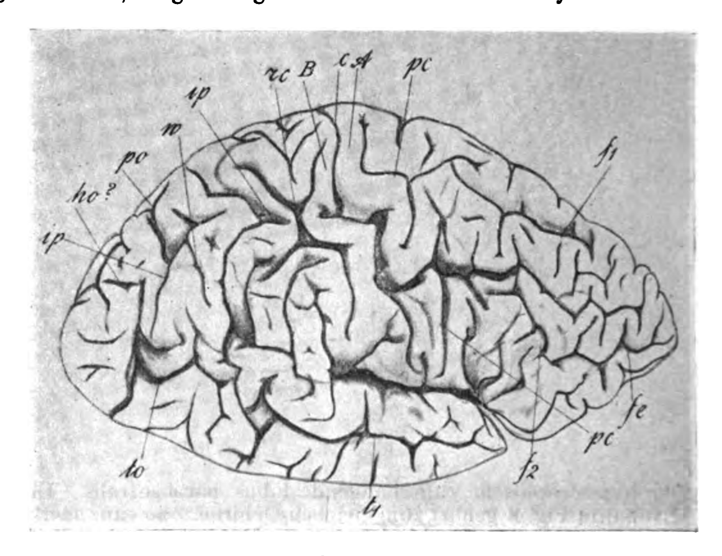


Fig. 12.
A und B ganz abnorm. — Ungleiche Windungen und solche verschiedenen Niveaus. Im Anfange von *ip* tiefe kreuzförmige Trichterbildung. — *ip* ganz zerrissen und unregelmäßig. Endläppchen stark abgeschnitten und operculumartig vorspringend.

Über feinere Veränderungen im Gehirn nach Kopftrauma[1]).

Von

Marine-Oberstabsarzt **J. Yoshikawa** in Japan.

(Mit einer lithogr. Tafel.)

Während in den letzten Jahren die klinischen Studien über nach Kopftrauma auftretende Krankheitszustände dauernd fortgeschritten sind, scheinen die pathologisch-anatomischen Forschungen auf diesem Gebiet mit jenen nicht gleichen Schritt gehalten zu haben.

Werfen wir einen Blick auf die Ergebnisse der bisherigen Forschungen, so finden wir, daß die Forscher in doppelter Richtung tätig gewesen sind; einerseits beschäftigten sie sich mit den Veränderungen der Ganglienzellen, andererseits mit den Veränderungen der Gefäße.

Fassen wir nun zunächst die bisher erforschten Veränderungen der Ganglienzellen ins Auge.

Macpherson berichtet, daß in zwei Fällen von Gehirnerschütterung in den Zellkernen der dritten und vierten Schicht der motorischen und frontalen Rinde eine Vakuolenbildung wahrzunehmen war, daß weiter in dem einen dieser Fälle die Kerne angeschwollen und von unregelmäßiger Form, in der anderen das Protoplasma der Zellen stark körnig aussah und eine beginnende Pigment-Degeneration zeigte.

Luzenberger[2]) fand bei seinen Tierversuchen (Meerschweinchen) über die Wirkung von Traumen auf das Nervensystem eigentümliche Veränderungen in den Ganglienzellen. Die chromophile Substanz konzentrierte sich zu einem Pol der Zelle, während der andere Pol nahezu frei von ihr blieb. Er versuchte dieses eigentümliche Verhalten rein mechanisch zu erklären.

---

[1]) Aus der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité.

[2]) Annali di Neurologia, Anno XV. Fasc. V, 1897.



Leagolissi [1]) fand bei Tierversuchen (Kaninchen) im Anschluß an experimentell erzeugte Hirnerschütterung folgende Veränderungen in den Ganglienzellen: Entartungshypertrophie der Zelle, Chromatolyse, Vakuolenbildung im Zelleib, Homogenisierung des Kerns usw. bis zum vollständigen Schwund der Zellenform.

Kronthal [2]) hebt bei der Untersuchung eines Gehirns, welches von einem an traumatischer Psychose leidenden Menschen herrührte, hervor, daß er nicht eine einzige Veränderung in den Ganglienzellen gefunden hat, die mit Sicherheit als pathologisch zu bezeichnen wäre.

Büdinger [3]) fand in einem Fall von schwerer Gehirnerschütterung eine mehr oder minder ausgedehnte körnige Degeneration des Protoplasmas und der Fortsätze bei vielen Ganglienzellen sowohl in der Rinde wie besonders der grauen Substanz um die Ventrikel.

Auch *Roucali* [4]) hat bei Tierversuchen die Beobachtung gemacht, daß bei Hirnerschütterungen Veränderungen der Ganglienzellen eintreten, leider steht mir ein ausführlicherer Bericht über seine Versuche nicht zur Verfügung.

Dinkler [5]) hat das Gehirn eines Knaben, der an einer Kopfverletzung nach zwei Tagen verstarb, untersucht und in den Ganglienzellen folgende Veränderungen festgestellt: in vielen Zellen zeigte sich die chromophile Substanz von feinkörniger Beschaffenheit, in anderen Zellen war außerdem partielle Resorption der chromophilen Substanz eingetreten. In einer dritten Reihe von Zellen war die Tigroidsubstanz vollkommen verloren gegangen. Die Kerne der Zellen färbten sich mit Methylenblau immer sehr stark.

Jedenfalls weichen also die Befunde einzelner Autoren vollständig voneinander ab, und es ist bis jetzt noch keine Veränderung bekannt, die als Maßstab für Veränderungen dienen könnte. Dagegen sind die Veränderungen der kleinen Gefäße, besonders die von *Friedmann* [6]) beschriebenen, von *Köppen* [7]) und *Dinkler* [8]) bestätigt worden, obwohl die Zahl der zur Untersuchung gelangten Fälle noch ziemlich gering ist; freilich legen *Köppen* selbst und auch *Oppenheim* [9]) auf die

---

[1]) Virchows Archiv.. Bd. 152.

[2]) Neurol. Zentralblatt 1889.

[3]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 41, 1895.

[4]) Jahresbericht für Neurol. und Psychiatrie 1902.

[5]) Archiv für Psychiatrie 1905. Bd. 39. S. 445.

[6]) Archiv für Psychiatrie 1892, Bd. 28. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1897, Bd. XI.

[7]) Archiv für Psychiatrie 1900.

[8]) Archiv f. Psych. Bd. 39, S. 445 (1905).

[9]) Archiv für Psychiatrie 1905.

pathogene Bedeutung der genannten Veränderungen wohl kein so großes Gewicht wie *Friedmann*.

Überblicken wir nun kurz das bisher über die Veränderungen der Gefäße Veröffentlichte.

Sperling und *Kronthal* [1]) fanden bei einem 42 jährigen Manne, bei dem infolge eines Eisenbahnunfalls eine erhebliche psychische Veränderung (Intelligenzdefekt) sowie einige körperliche Krankheitserscheinungen sich bemerkbar machten, und der 4 Jahre nach dem Unfall starb, folgende Veränderungen: hochgradige Sklerose mit stellenweise hyaliner und fettiger Degeneration des gesamten Arteriensystems unter besonders starker Beteiligung der Hirn- und Rückenmarksgefäße.

Ein Jahr darauf beschrieben *Bernhardt* und *Kronthal* [2]) einen analogen Fall. In diesem handelt es sich um einen 30 jährigen Mann, bei dem sich nach einem Unterleibs-Trauma der Symptomenkomplex der Neurasthenie und Hysterie entwickelte, und der durch Selbstmord endete. Die Autoren fanden in den Rückenmarksgefäßwandungen Verdickung, Starrheit und andere mehr oder minder atheromatöse Veränderungen.

Bemerkenswertes über den Charakter der Gefäßveränderungen hat ferner *Friedmann* [3]) mitgeteilt. Bei dem von ihm zuerst veröffentlichten Falle handelt es sich um einen 27 jährigen Mann, bei dem im Anschluß an eine Kopfverletzung Kopfschmerz, Schwindel, Fazialis- und Augenmuskellähmungen eintraten, bei dem später heftige Paroxysmen von Kopfschmerzen sowie depressive Stimmung sich entwickelten, und der ein Jahr nach dem Unfalle starb. In diesem Falle fand er im Gehirn außer einer starken allgemeinen Hyperämie und frischen kapillaren Blutungen auch Lymphzelleninfiltration, Blutpigmentanhäufung in den Gefäßscheiden und Verdickung und Strukturlosigkeit der Capillarwände.

Ein zweiter [4]) von demselben Autor mitgeteilter Fall ist folgender: Ein 48 jähriger Mann, der vor 26 Jahren durch den Luftdruck einer vor ihm platzenden Bombe zu Boden geworfen worden war, zeigte sich ein Jahr nach dem Unfalle weichlich, energielos, sehr reizbar und gedächtnisschwach. 24 Jahre nach dem Unfalle traten außerdem Schwindelanfälle auf, schließlich stellte sich auch eine Parese im rechten Arme ein. 2 Jahre darauf starb der Patient an einer Apoplexie. In diesem Falle fand *Friedmann* ebenfalls Verdickung und hyaline Umwandlung der kleinen Gefäße, sowie Rundzelleninfiltration in der Adventitia.

Köppen [5]) berichtet über einen analogen Fall: Der Patient fiel etwa von der Höhe der 2. Etage herab und wurde 3 Monate später für voll-

---

[1]) Neurol. Zentralblatt 1889.

[2]) Neurol. Zentralblatt 1890.

[3]) Archiv für Psychiatrie, Bd. 23, 1892.

[4]) Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde, Bd. XI, 1897.

[5]) Archiv für Psychiatrie 1900.

ständig erwerbsunfähig erklärt. Sein Gedächtnis und seine Körperkräfte nahmen allmählich ab. Etwa 2½ Jahre nach dem Unfalle trat eine akute Veränderung ein, und der Patient zeigte sich ganz apathisch. Kurze Zeit darauf ging er an den Folgen eines Gesichtserysipels zugrunde. Mikroskopisch zeigte sich in der Hirnrinde stellenweise ein außerordentlicher Reichtum an Gefäßen und eine beträchtliche Vermehrung der Kerne der Adventitia.

Ein weiterer derartiger Fall wurde von *Dinkler*[1]) mitgeteilt: Ein 59 jähriger Mann erlitt durch Fall ein Kopftrauma. Gleich nach dem Unfall traten andauernde Kopfschmerzen und Schwindel auf. Im Laufe der Zeit entwickelte sich bei dem Kranken ein progressiver Zustand von Verblödung. 4 Monate nach dem Unfall starb der Kranke an eingetretenem Kräfteverfall. Es wurden in seinem Gehirn beobachtet: Höhlenbildung in der Hirnsubstanz, Verdickung und hyaline Degeneration der Wände der kleinen Gefäße, Rundzelleninfiltration der Gefäßwände und diffuse Infiltration der Hirnsubstanz mit roten Blutkörperchen.

Es wurde mir im Laufe des letzten Jahres Gelegenheit geboten, eine Anzahl Hirne zu untersuchen, bei welchen es sich sowohl um frische, als auch alte Fälle von Kopftrauma handelte. Insgesamt belief sich die Zahl der untersuchten Gehirne auf 8, (3 frische und 5 alte Fälle).

Anordnung der Untersuchung. Zunächst wurde stets ein kleines Stück jedes Lappens der beiden Hemisphären herausgeschnitten, und zwar an folgenden Stellen: vom Frontallappen am vorderen Ende des Gyrus frontalis superior; vom Parietallappen an dem oberen Ende des Gyrus centralis posterior; vom Temporallappen in der Mitte des Gyrus temporalis inferior und des Gyrus temporalis medius; vom Occipitallappen an dem Cuneus. In einigen Fällen wurden außerden einzelne Stücke an anderen Stellen herausgenommen. Genaueres hierüber folgt bei der Beschreibung des einzelnen Falles.

Die Stücke wurden in *Müller*scher Flüssigkeit gehärtet und in Celloidin eingebettet. Eine Anzahl der von jedem Stücke hergestellten Schnitte wurde einesteils nach *van Gieson*, andernteils nach *Pal* gefärbt. In 2 Fällen, bei welchen das Material noch frisch war, wurden kleinere Teile von jedem Stücke in Alkohol gehärtet, in Paraffin eingebettet und zur Färbung der Ganglienzellen verwandt.

Fall 1. Ein 50 jähriger Mann, der keine Heredität aufwies und erst seit 1½ Jahren zuweilen in mehrwöchentlichen Pausen von Krampfanfällen heimgesucht wurde, wurde eines Tages in seinem Geschäftszimmer mit

[1]) Archiv für Psychiatrie 1905.

einer Beule am Kopf bewußtlos am Boden liegend aufgefunden. Ob er beim Fallen mit dem Kopf an irgend einen Gegenstand geschlagen ist, war nicht zu ermitteln. An demselben Tage wurde der Patient bewußtlos in die Charité eingeliefert. Am rechten Hinterhaupt zeigte sich eine kleine, handtellergroße, fluktuierende Sugillation. Die ganze rechte Körperhälte war gelähmt. Es traten wiederholt linksseitige Jacksonsche Anfälle ein. Am 2. Tage verstarb der Patient im Coma.

Makroskopischer Sektionsbefund: Schädelhaut der rechten Kopfseite blutig infiltriert. Der rechte Temporalmuskel von Blutungen durchsetzt; oberhalb seines Ansatzes eine 2 Finger breite, über dem rechten Orbitalbogen beginnende, zunächst dem Ansatz des Temporalmuskels parallel laufende und dann in der Gegend des Scheitelbeinhöckers endigende Fissur. Dementsprechend auf der Dura gleichfalls ein 3 cm dickes, fest anhaftendes Gerinnsel. Im Innern der linken Hemisphäre eine gänseeigroße Blutung, umgeben von zertrümmerten Gehirnmassen. Dieselbe reichte vorn bis fast zum Stirnpol, hinten bis zur Grenze zwischen Scheitel- und Occipitallappen und medialwärts bis an die Zirkumferenz des Corpus striatum. In den Ventrikel ist die Blutung nicht durchgebrochen. In der den Blutungsherd begrenzenden Hirnsubstanz gelbe Erweichung. Im rechten Stirnlappen eine weitere taubeneigroße Blutung.

Mikroskopischer Befund: Rechter Frontallappen. Die kleinen Venen sind im allgemeinen stark mit Blut gefüllt. Die Mehrzahl der kleinen Arterien der grauen Substanz zeigt eine Verdickung ihrer Wand (namentlich in der Media).

Linker Frontallappen. In der Marksubstanz bemerkt man um einige Gefäße herum eine Art Höhlenbildung (état criblé). Die Höhlen enthalten amorphes Exsudat und eingestreute kleine Blutpigmenthaufen, sind von unregelmäßiger Form und von einem lockeren Bindegewebenetz durchzogen. In dem amorphen Exsudat ist eine ganz geringe Anzahl von Körnchenzellen sichtbar (Fig. I).

Rechter Parietallappen. Die Veränderungen in diesem Lappen gleichen denen des rechten Frontallappens.

Linker Parietallappen. In der Umgebung der Kapillaren findet sich stellenweise eine leichte Rundzelleninfiltration.

Rechter Temporallappen. In einem kleinen Bezirke der Marksubstanz dieses Lappens sieht man um viele kleine Gefäße herum hellviolett gefärbte Rundzellen, die an Größe die gewöhnlichen Lymphocyten übertreffen (Fig. II). Diese Zellen sind in den *Pal*-Präparaten nicht zu beobachten. Es ist schwer zu sagen, was es mit diesen Zellen auf sich hat. Es scheint mir aber, daß diese Zellen eine Übergangsstufe zwischen Lymphocyten und Körnchenzellen bilden. Die Venen dieses Lappens sind ebenfalls stark mit Blut gefüllt.

Linker Temporallappen. Man findet eine etwa erbsengroße Blutung, die von zahlreichen, ganz kleinen Blutungen umgeben ist. Im Innern dieses

Blutungsherdes zeigen sich zwei enorm erweiterte Gefäße, deren Wände nebst Umgebung von Rundzellen (meist polynukleäre Leukocyten) infiltriert sind.

Rechter Occipitallappen. Manche kleine Gefäße der Marksubstanz weisen längs ihrer Wände Rundzelleninfiltration auf (Fig. III). — Auch finden sich einige Gefäße, deren Wand durch Fuchsin auffallend stark gefärbt ist, und die homogenes Aussehen zeigen; die Adventitia dieser Gefäße zeigt Rundzelleninfiltration geringeren Grades.

Der linke Occipitallappen ist ohne besondere Veränderung.

In diesem Falle wurde auch der Zustand der Ganglienzellen untersucht. Zu diesem Zwecke habe ich *Nissl*-Präparate hergestellt. Es wurden folgende Veränderungen in den genannten Präparaten gefunden: Die chromophile Substanz der Ganglienzellen tritt im allgemeinen feinkörnig auf. Die Kerne färben sich sehr intensiv. In vielen Zellen findet sich um den Kern herum ein ringförmiger Bezirk, in dem die chromophile Substanz verschwunden ist. In anderen Zellen ist diese ringförmige Resorption der chromophilen Substanz so erheblich, daß letztere nur noch in der Peripherie des Protoplasma zu finden ist. In einzelnen Zellen ist das Protoplasma fast ganz verschwunden und nur um den Kern sichtbar. Diese Veränderungen sind am stärksten im Frontal- und Temporallappen.

Hier zeigten sich also in sämtlichen Hirnlappen mehr oder weniger feine Veränderungen, von denen besonders bemerkenswert sind: Gefäßwandverdickung im rechten Frontallappen, eine Art Höhlenbildung im linken Frontallappen, Infiltration von eigenartigen Rundzellen im linken Temporallappen sowie Rundzelleninfiltration um die Gefäße und homogenes Aussehen der Gefäßwand im linken Occipitallappen. Sind diese Veränderungen nun als infolge des Kopftrauma entstanden zu denken, oder haben sie schon vor dem Unfalle bestanden? Für die Entscheidung dieser Frage ist zu beachten, daß der Patient in den letzten $1^1/_2$ Jahren seines Lebens zuweilen an Krampfanfällen litt. und daß die Blutung ungewöhnlich tief im Innern des Gehirns lag. Nun ist es eine bekannte Tatsache, daß im hohen Alter in Erscheinung tretende Krampfanfälle sehr oft mit Arteriosklerose in Beziehung stehen. Weiter ist bekannt, daß man die traumatische Blutung am häufigsten an der äußeren Oberfläche des Gehirns, in den Meningen oder in der benachbarten Rindensubstanz, antrifft. Wenn man diese beiden Tatsachen in Betracht zieht, so muß man wohl annehmen. daß der Patient schon vor dem Unfalle an Arteriosklerose litt, und daß wenigstens ein Teil der mikroskopischen Veränderungen nicht auf Rechnung des Kopftrauma zu setzen ist. Der Zeitraum zwischen dem

Unfalle und dem Tode des Patienten, welcher sich auf nur 2 Tage belief, unterstützt diese Annahme wesentlich, da es kaum denkbar ist, daß die Höhlenbildung, die Verdickung und das homogene Aussehen der Gefäßwand usw. in so kurzer Zeit zustande gekommen ist. Was indes die Rundzelleninfiltration um die Gefäße herum anbelangt, so ist es vielleicht nicht unberechtigt, diese doch auf das Trauma zurückzuführen, da sie in solchem Grade als Begleiterscheinung der Arteriosklerose wohl kaum vorkommt. Auch die Lokalisation der Rundzelleninfiltration im Occipital- und Temporallappen bestärkt uns in unserer Vermutung.

Fall 2. Ein 58 jähriger Arbeiter, ein starker Trinker, stürzte zu Weihnachten 1897 eine Treppe von 14 Stufen herunter. Seitdem war er arbeitsunfähig und wurde von Krampfanfällen heimgesucht. Nach dem letzten Anfall (am 8. II. 1899) konnte er nicht sprechen, nahm auch keine Nahrung zu sich; vom 10. Februar ab konnte er nicht mehr stehen. Am 12. Februar wurde er in die Klinik eingeliefert. Zu jener Zeit war der Pat. ganz benommen und zeigte motorische Reizerscheinungen (gezwungene Körperhaltung, fortgesetze Bewegung der rechten Hand, Nackensteifigkeit), aber keine Lähmungen. Am nächsten Tage starb der Patient an Kollaps.

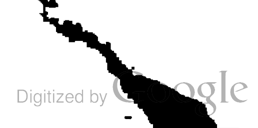
Bei der Sektion wurden folgende Veränderungen festgestellt: Encephalomalacia multiplex, Hypertrophia cordis, Dilatatio aortae, Oedema pulm. et Bronchopneumonia, Pleuritis fibrinosa.

Mikroskopischer Befund: Die Stirnlappen zeigen rechts wie links keine besondere Veränderung.

Rechter Parietallappen. Ein Gefäß, welches sich tief im Innern der Marksubstanz findet, zeigt bei fast strukturloser Wand eine mantelförmige Rundzelleninfiltration. Ein benachbartes Gefäß ist von einer Blutung umgeben.

Rechter Temporallappen. Einige Gefäße in der Rinde lassen in ihrer Umgebung eine Erweichung und Rundzelleninfiltration erkennen. Außerdem sieht man hier einige ganz kleine Blutungen.

Da in diesem Falle schon makroskopisch wahrnehmbare Veränderungen an der Spitze des linken Temporallappens und an dem hinteren Teile des linken Parietallappens gefunden wurden, wurden an den genannten Stellen Stücke herausgenommen und folgende mikroskopische Veränderungen festgestellt. Spitze des linken Temporallappens: Hier findet man einige Cysten in Spaltenform. Diese Cysten sind von stark wucherndem Gliagewebe umgeben, das sich ziemlich weit bis an die Peripherie erstreckt. Sämtliche Gefäße, die sich in der Nähe der Cysten, und zwar in dem wuchernden Gliagewebe, befinden, weisen eine beträchtliche Verdickung der Adventitia und einen stark erweiterten Perivascularraum, der geringe Mengen Pigment enthält, auf. Das Innere der Cysten ist leer.



bildung im linken Parietallappen sind keine auffälligen Erscheinungen, sondern als Folgen von Gehirntrauma allgemein bekannt. Was hingegen die Gefäßveränderungen im rechten Parietallappen (mantelförmige Rundzelleninfiltration sowie Strukturlosigkeit der Wand) betrifft, so muß man sie als auffallend ansehen, da, wenn selbige die Folge eines gewöhnlichen Entzündungsprozesses wären, eine solche degenerative Veränderung der Wand wie Strukturlosigkeit in so kurzer Zeit wohl nicht hätte zustande kommen können.

Fall 3. Ein 41 jähriger, unbelasteter Schriftsetzer, der im Kindesalter an englischer Krankheit litt, sonst normal entwickelt war, litt seit seinem 19. Lebensjahr an epileptischen Anfällen, nachdem er schon in seinem 4. Lebensjahre angeblich infolge von Schreck einige Male von Krämpfen befallen worden war. Wegen seiner Anfälle wurde er am 4. September 1903 in die Anstalt für Epileptische aufgenommen. Am 11. Juli 1904 schlug der Patient während eines Anfalles mit dem linken Scheitel sehr stark auf eine Tischkante. Dem linken Ohre entfloß blutig gefärbte seröse Flüssigkeit. Einige Tage nach dem Unfall stellten sich Fieber und starke Kopfschmerzen, später auch Erbrechen und Benommenheit ein. Zwölf Tage nach dem Unfall starb der Patient.

Sektion: Eitrige Meningitis im Bereiche des Kleinhirns, der Brücke und des verlängerten Markes. Leichte, allgemein verbreitete Trübung der weichen Häute. Im linken Schläfenbein drei Fissuren, die durch die Pyramide bis in die Schuppe verlaufen. An der betreffenden Stelle ein flaches, etwa talergroßes subdurales Hämatom.

Die Stirn- und Schläfenlappen zeigen keine besondere Veränderung.

Rechter Parietallappen. In der grauen Substanz ist eine beträchtliche Gefäßvermehrung wahrzunehmen. Die Wände dieser Gefäße weisen eine mäßige Verdickung auf, die sich auf alle ihre Schichten erstreckt. Die perivasculären Räume der meisten Gefäße sind erweitert.

Linker Parietallappen: Wie beim rechten Parietallappen zeigt die graue Substanz hier ebenfalls Reichtum an Gefäßen, jedoch ist derselbe nicht so erheblich.

Rechter Occipitallappen. Auch in diesem Lappen bemerkt man eine Gefäßvermehrung. Dicht bei einem etwas größeren Gefäße der Marksubstanz häufen sich mono- sowie polynukleäre Leucocyten. Die Wand dieses Gefäßes ist nicht verdickt.

Linker Occipitallappen. In der grauen Substanz zeigt sich eine Vermehrung der Gefäße.

Was bei den mikroskopischen Veränderungen dieses Falles uns auffällt, ist eine starke Gefäßvermehrung der beiden Parietallappen sowie des rechten Occipitallappens und die Rundzelleninfiltration in der Umgebung eines Gefäßes des rechten Occipitallappens. Der Patient verstarb kurze Zeit (12 Tage) nach dem Unfalle. Es ist wohl nicht anzunehmen, daß in dieser kurzen Zeit sich eine so starke Gefäßvermehrung, wie oben geschildert, ohne entzündliche Erscheinungen hat vollziehen können. Somit ist die Ursache dieser Gefäßvermehrung in anderer Richtung zu suchen. Wie die Krankengeschichte lehrt, sind die Krampfanfälle schon im 4. Lebensjahre des Patienten aufgetreten. Dies läßt uns vermuten, daß der Patient in seinem Kindesalter vielleicht an Meningitis oder Encephalitis gelitten hat und daß als Folgeerscheinung dieser Erkrankung eine Vermehrung der Gefäße zustande kam, die ihrerseits die Ursache für die Epilepsie abgegeben hat. Für die bei einem Gefäße auftretende Rundzelleninfiltration des rechten Occipitallappens wird es nicht leicht eine andere Erklärung geben, als sie als eine Folge der Ausdehnung der eitrigen Entzündung anzusehen, welche, wie oben ausgeführt, in den Meningen des Kleinhirns, des Pons und der Medulla oblongata makroskopisch festgestellt wurde.

Fall 4. Ein 32jähriger Förster, ein starker Trinker, stürzte am 4. September von einer Treppe herab und schlug dabei mit dem Kopfe auf. Es stellten sich starke Nasenblutung und häufiges Erbrechen ein; einen Tag später traten Krämpfe hinzu, alsdann brach ein starkes Delirium aus. Am 6. September wurde er in die Klinik eingeliefert. In der Klinik zeigte der Patient Unorientiertheit und körperliche Unruhe. Die Anfälle wiederholten sich verschiedentlich. Am 13. September starb der Patient.

Sektionsbefund: Fractura calvariae, Haematoma epi- et subdurale, Hyperaemia arachnoideae, Contusio cerebri et Encephalomalacia, Hypertrophia et Dilatatio cordis, Hyperaemia pulmonum.

Mikroskopischer Befund: In diesem Falle konnte nicht von jedem Lappen ein Stück herausgenommen werden. So fehlen hier die Stücke von dem rechten und linken Occipital- sowie dem linken Temporallappen.

Rechter Stirnlappen. Hier findet man nur in der grauen Substanz zwei kleine Blutungen.

Linker Stirnlappen. Zahlreiche kleine Blutungen durchsetzen den größten Teil der grauen Substanz. In diesem Gebiete bemerkt man stellenweise Anhäufungen von verschiedenen großen Körnchenzellen sowie netzartig angeordnete Gefäßneubildungen. Viele der Körnchenzellen weisen in ihrem Protoplasma Blutpigment auf.

Rechter Occipitallappen. Die weiche Hirnhaut ist angeschwollen und aufgelockert und von Rundzellen sowie von roten Blutkörperchen in geringerer Menge durchsetzt.

Linker Parietallappen ohne Besonderheit.

Rechter Temporallappen. Die weiche Hirnhaut ist stellenweise gelockert, außerdem von Rundzellen verschiedener Größe sowie von roten Blutkörperchen infiltriert.

Die Anschwellung der weichen Hirnhaut sowie die Rundzelleninfiltration in derselben läßt darauf schließen, daß in diesem Falle als Folge des Trauma eine Entzündung der weichen Hirnhaut eintrat. Dieser Befund stimmt mit den klinisch beobachteten Erscheinungen vollständig überein. Die kleinen, ziemlich weit verbreiteten Blutungen sind vielleicht als Folge der durch die Meningitis entstandenen Zirkulationsstörung des Gehirns zu erklären. Freilich wird man den Fall überhaupt nur mit der größten Reserve verwerten dürfen, da chronischer Alkoholismus vorgelegen hat. Die im Stirnlappen sich zeigenden Erscheinungen von Erweichungen sind wohl als durch direkte Läsion des betreffenden Hirnteils entstanden zu denken.

Fall 5. Eine Frau stürzte in ihrem 16. Lebensjahre von einer Treppe herab und blieb einige Augenblicke bewußtlos. Kurz nach dem Unfall stellten sich bei ihr Krampf- und später dazu Schwindelanfälle ein, an denen sie seitdem ständig litt. Irgendwelche psychischen Anomalien wurden bei ihr nicht beobachtet. Nach Angabe eines Bruders der Frau soll nur die Gedächtniskraft etwas abgenommen haben Die Krampfanfälle begannen im Gesicht und gingen hernach in gleicher Stärke auf beide Körperhälften über. In ihrem 32. Lebensjahre stellte sich bei der Frau während eines Krampfanfalles Erbrechen ein; dabei gerieten große Massen eben genossenen Mittagessens in die Luftwege. Trotz sofort versuchter Entfernung der Fremdkörper aus dem Kehlkopf verstarb die Patientin nach einigen Minuten. Bei der Autopsie waren die Trachea, die Bronchien und deren feinere Verzweigungen von Speisemassen völlig ausgefüllt.

Die makroskopische Untersuchung des Gehirns ergab keine Veränderung.

Mikroskopische Befunde. Rechter Frontallappen. Viele Kapillaren sowie kleine Gefäße sind strotzend mit Blut gefüllt; ab und zu sieht man sogar frische kapillare Blutungen. In der Rinde findet sich ein Herd etwa

von der Größe eines Reiskorns. Der Herd erstreckt sich nach außen bis zur Oberfläche des Gehirns, nach innen bis zum Marklager. Im Innern zeigen sich viele Lücken von verschiedener Größe, die von vermehrtem Gliagewebe umgeben sind In der Umgebung ist an einer Stelle eine Anhäufung von roten Blutkörperchen bemerkbar. An der den Herd begrenzenden Stelle des Marklagers ist eine Rundzelleninfiltration wie ein Damm vorgelagert.

Linker Frontallappen. Es läßt sich eine abnorme Blutfüllung sowie eine Vermehrung der Gefäße in der Rinde erkennen Zudem ist eine Rundzelleninfiltration geringen Grades vorhanden.

Rechter Parietallappen. Viele Kapillaren sind stark von Blut gefüllt. An einer Stelle zeigt sich eine Gefäßvermehrung.

Linker Parietallappen. Hier nichts Besonderes.

Rechter Temporallappen. An einer Stelle der Rinde nimmt man eine Gliawucherung wahr. Viele Gefäße sind auffällig stark mit Blut gefüllt. Im Marklager gewahrt man hie und da kleine Blutungen. Auffällig ist hier in der Rinde sowie im Marklager eine Rundzelleninfiltration um die Gefäße herum.

Linker Temporallappen. An einer kleinen Stelle der Rinde nimmt man Gliawucherung wahr. Auch findet sich in der Rinde eine stecknadelgroße, etwa dreieckige Lücke (Fig. V). Diese Lücke enthält eine Anzahl Gefäße, außerdem amorphes Exsudat, welches von einer geringeren Anzahl von Rundzellen durchsetzt ist. In der Lückenwand zeigt sich eine starke Gliawucherung, die stellenweise eine Rundzelleninfiltration erkennen läßt.

Rechter Occipitallappen. Gefäßvermehrung ist besonders m Marklager wahrnehmbar.

Linker Occipitallappen. Auch hier sieht man eine Vermehrung der Gefäße.

Eine starke Blutfüllung der Gefäße sowie kapillare Blutungen, die in sämtlichen Lappen festgestellt worden sind, sind höchstwahrscheinlich eine agonale Erscheinung, da die Pat., wie oben bemerkt, an Erstickung starb. Was aber die Lückenbildungen im rechten Frontal- sowie im linken Temporallappen, weiter die Gefäßvermehrung und Rundzelleninfiltration um die Gefäße herum in einigen Lappen betrifft, so hat man diese auf das schon im Kindesalter — 16 Jahre vor dem Tode — aufgetretene Kopftrauma zurückzuführen.

Fall 6. Ein seit seinem 39. Lebensjahre auf der Kaiserlichen Werft beschäftigter Mann, der oft an Bronchialkatarrh litt, glitt am 27. April 1903 in seinem 53. Lebensjahre an Bord eines Schiffes auf einer Treppe aus und schlug dabei mit dem Gesäß und Hinterkopf au[illegible] Der Mann litt seit diesem Unfall an Kopfschmerz, Glie[illegible]keit und



allgemeiner Mattigkeit. Danach stellten sich bei ihm Gedächtnisschwäche, leichte Erregbarkeit sowie melancholische Verstimmung ein. Am 22. August 1903 fand er Aufnahme in dem Werftkrankenhaus und wies folgende Symptome auf: Schwindel beim Bücken, Ohrensausen, Kopfschmerz, Verschlechterung des Hörvermögens, Schreckhaftigkeit. Unvermögen, längere Zeit zu lesen.

Schlechte Ernährung, träge Pupillenreflexe, Rombergsches Symptom, lebhaftes Handzittern, ausgesprochene Dermographie, Klopfempfindlichkeit des Hinterkopfes, breitbeiniger Gang. Auf der Lunge unbestimmtes Atmen mit weit verbreitetem Giemen. Am Augenhintergrund nichts Besonderes. Große Lichtempfindlichkeit. Die Arterien zeigten nur geringe Spuren von Verhärtung.

Trotz ständiger ärztlicher Behandlung ließ sich keine Besserung erzielen, und der Patient starb.

Am 31. August 1904 erfolgte die Leichenöffnung.

Sektionsbefund: Es wurde festgestellt eine vollkommene Verklebung beider Lungen mit dem Rückenbrustfell und dem Zwerchfell, ein sehr stark erweitertes und sehr schlaffes Herz, ausgedehntes Lungenödem, sowie ein großer Erguß im Herzbeutel. Am Schädel fand sich weder außen noch innen irgendeine Verletzung. An den weichen Gehirnhäuten war nichts Besonderes festzustellen, die Meningen waren nicht verdickt. Die Gefäße der Basis zeigten sich etwas starrwandig und von unregelmäßiger Weite, so daß einzelne Partien etwas ausgebuchtet erschienen. Die Windungsverhältnisse waren nicht abnorm, irgendwelche Herderkrankungen, insbesondere Blutungen oder Erweichungsherde waren nicht aufzufinden. Die Nerven erschienen sämtlich normal. Im Innern des Gehirns, besonders in der Gegend der inneren Kapsel und in dem Hemisphärenmark waren Hohlräume zu erkennen, die zweifelsohne durch die schlechte Härtung post mortem entstanden waren. Bemerkenswert ist, daß der Ventrikel überall stark erweitert war, was besonders links und hier wiederum vornehmlich am Unterhorn hervortrat.

Mikroskopischer Befund. Auffallend ist an den Schnitten überall ein starkes Hervortreten von Gefäßen an Stellen, wo sie in der normalen Gehirnrinde nicht sichtbar sind. Besonders bemerkbar machen sich derartige Gefäße in den tieferen Rindenschichten. Um diese Gefäße herum ist meistens eine Lücke im Gewebe vorhanden, die durch enorme Erweiterung des perivasculären Lymphraums zustande kommt. In diesen Lücken befindet sich eine hellrot gefärbte amorphe Substanz, die eine geringe Anzahl von Rundzellen enthält. Die Wandung der größeren Gefäße ist besonders in ihrer Adventitia verdickt. Ferner ist hie und da in dieser verdickten Adventitia eine mäßige Rundzelleninfiltration festzustellen. Die Wandung der ganz kleinen Gefäße ist bei den *van Gieson*-Präparaten durch Fuchsin stark rot gefärbt und sieht homogen aus. Es fällt auf, daß die Wandung vieler Gefäße starr ist, und daß solche Gefäße, wenn man sie in größerer

Länge verlaufend beobachten kann, die gewöhnlichen Schlängelungen und Biegungen vermissen lassen. Stellenweise erscheint auch ein ungewöhnlich reiches Gefäßnetz in Partien unterhalb der Pia. Auch diese Gefäße zeigen Lumenerweiterung, Verdickung und Starrheit der Wand. Auch ist an solchen Stellen das Gliagewebe unterhalb der Pia weitmaschiger als sonst Die stärksten Veränderungen fanden sich in den beiden Stirnlappen und dem linken Parietallappen. Bezüglich der Nervenfasern ist keine besondere Veränderung nachweisbar.

Der Befund dieses Falles läßt wohl mit ziemlicher Sicherheit auf das Vorhandensein einer Arteriosklerose schließen. Sind wir nun zu der Annahme berechtigt, daß diese durch das Trauma veranlaßt oder wenigstens verstärkt worden ist? Da der Patient vor dem Unfalle klinisch keine Erscheinungen von Hirngefäßarteriosklerose zeigte, dagegen bald nach dem Unfalle deutliche Anzeichen einer solchen sich einstellten, so wird man einen Kausalzusammenhang nicht ausschließen können.

Fall 7. Ein 59 jähriger Mann, der keine Heredität aufwies und kein Potator war, litt in seinen letzten vier Lebensjahren an Schwindelanfällen mit augenblicklichem Bewußtseinsverlust und Schwerhörigkeit auf beiden Ohren. Er erschoß plötzlich am Abend des 27. Mai 1905 ohne besondere Veranlassung seine Frau, dann richtete er die Waffe gegen sich selbst. Schwer in den Kopf getroffen, wurde er sofort nach der Charité gebracht. Hier wurde bei ihm ein Dämmerzustand festgestellt, der im Verlauf von einigen Tagen verschwand. In der Nacht des 5. Juni stellte sich bei ihm plötzlich eine halbseitige Lähmung rechts ein. Am nächsten Tage verfiel er in einen benommenen Zustand, der von hohem Fieber begleitet war, und starb. Bei der Sektion wurde folgendes konstatiert: Die Kugel ging von dem rechten Schläfenlappen in horizontaler Richtung durch das ganze Gehirn, prallte an der gegenüberliegenden Schädelwand unter einem spitzen Winkel zurück und blieb nach kurzer Strecke in der Hirnsubstanz stecken.

Zur Untersuchung wurde aus dem hinteren Teil des linken Stirnlappens an der Wand des Schlußkanals ein kleines Stück herausgenommen. Ein Teil des Stückes wurde in Alkohol, das übrige in *Müller*scher Flüssigkeit gehärtet, jener Teil zur Ganglienzellenfärbung (Toluidin), alles übrige zur Markscheidenfärbung (*Pal*) und *van Gieson*scher Färbung verwandt

Mikroskopischer Befund. Die Partie an der Wand des Schußkanals läßt keine Markscheiden erkennen, vielmehr findet sich hier eine nach der *Pal*schen Methode gar nicht färbbare Zone In den *van Gieson*schen Präparaten läßt diese Zone eine beträchtliche Infiltration von Rundzellen erkennen. An andern Stellen verlieren die Markscheiden ihre Kontinuität

und treten nur noch als dunkelblau gefärbte Granula von verschiedener Größe hervor. Dazwischen sieht man aber auch spärliche Bündel von Nervenfasern, die noch ihre normale Gestal beibehalten haben.

Die meisten der Ganglienzellen färben sich in Toluidin blau intensiv und diffus, so daß der Kern von dem Protoplasma nicht leicht unterschieden werden kann. Außerdem sehen die Kerne geschwollen aus. Andere Ganglienzellen, namentlich in der nächsten Nähe des Schußkanals, färben sich wenig und geben nur ein undeutliches Bild. Bei etlichen findet man auch das Protoplasma geschwollen und Tigrolyse. Endlich findet man Zellen, in denen Kern und Pigmentanhäufung deutlich sichtbar ist, während das Protoplasma aufgelöst und sich nur in sehr schwachen Umrissen zeigt.

Die Gefäße sind im allgemeinen erweitert und mehr oder weniger von Rundzellen (mono- sowie polynukleären Leukocyten) umgeben (Fig 6). Diejenigen Gefäße, welche an der Wandzone des Schußkanals liegen, zeigen in ihrer Umgebung hämorrhagisches Exsudat. Ihre Wand scheint der Nekrose verfallen zu sein, so daß sie sich nach *van Gieson* nicht mehr rot, sondern orange färbt, auch eine eigentliche Struktur nicht mehr erkennen läßt.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß in diesem Fall eine traumatische Kontusion mit konsekutiver traumatischer Encephalitis vorliegt.

Schlußbetrachtung. Das Ergebnis der Untersuchung zeigt, daß bei der Beurteilung derartiger Fälle, in denen ein Trauma auf das Gehirn eingewirkt hat, vor allen Dingen scharf zu unterscheiden ist zwischen dem, was wirklich als Folge des Unfalls anzusehen ist, und dem, was auf andere Momente zurückgeführt werden kann. Besonders charakteristisch ist unser Befund in den Fällen 2 und 5. In beiden lassen sich Veränderungen erkennen, welche nur durch ein Trauma entstanden sein können, im Fall 2 charakteristische Veränderungen an der Spitze des linken Temporallappens und hinterem Teil des linken Parietallappens und im Fall 5 Gliawucherungen der Rinde des linken Temporallappens. Da also durch diese Befunde nachgewiesen ist, daß die Verletzung, welche die Patienten vor längerer Zeit (Fall 2 vor 1 Jahr, Fall 5 vor 16 Jahren) erlitten haben, sichtbare Veränderungen im Gehirn zurückgelassen haben, so wird man auch die sonstigen Befunde, nämlich Vermehrung der Gefäße, Verdickung der Wandung, Rundzelleninfiltration um die Gefäße als Folge des Traumas ansehen müssen und damit weitere Beispiele für die Behauptung früherer Autoren (*Kronthal*, *Friedmann* u. a.) beigebracht sehen. Im Fall 6 dagegen vermissen wir charakteristische Herderscheinungen, die durch Trauma

hervorgerufen sein könnten, und finden nur eine weitverbreitete Veränderung und Entartung der Gefäße. Man wird aber, wenn man die Krankengeschichte dieses Falles ins Auge faßt, zu dem Schluß kommen, daß diese Veränderungen zu einem Teil als einfache Arteriosklerose des Alters aufgefaßt werden müssen, wird sich aber andererseits der Vermutung nicht entziehen können, daß diese arteriosklerotischen Veränderungen durch den Unfall zur stärkeren Entwicklung gekommen sind, besonders, da aus dem Krankenbericht zu entnehmen ist, daß schwere Symptome eines Gehirnleidens erst seit einem Fall von der Treppe, den der Patient durchgemacht hat, sich bemerkbar gemacht haben. In den Fällen 3, 4, 7 handelte es sich um ganz frische Befunde, die nach einem Trauma aufgetreten waren. In dem ersten Fall um eine eitrige Meningitis, in dem 2. Fall um eine einfache Meningitis und im 3. Fall um entzündliche Veränderungen, welche sich in der Umgebung eines Schußkanals ausgebildet hatten. Bei all den akuten Veränderungen spielt eine Rundzelleninfiltration der Gefäße eine große Rolle, welche entweder durch unmittelbare Verletzung oder durch Ausbreitung einer eingetretenen Entzündung auf benachbarte Teile entstanden zu denken ist.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Höhlenbildung um ein Gefäß herum in der Marksubstanz des linken Temporallappens (Fall 1) *a* amorphes Exsudat, *b* Körnchenzellen, *c* Blutpigmentanhäufung. Vergr. 255 fach. Färbung *van Gieson.*

Fig. 2. Infiltration hellviolett gefärbter und etwas angeschwollener Rundzellen um die Gefäße herum, sowie in der Hirnsubstanz des rechten Temporallappens (Fall 1). Vergr. 100 fach. Färbung *van Gieson.*

Fig. 3. Rundzelleninfiltration längs der kleinen Gefäße im rechten Occipitallappen (Fall 1). Vergr. 500 fach. Färbung *van Gieson.*

Fig. 4. Eine narbige Einbuchtung im linken Parietallappen (Fall 2). Vergr. 18 fach. Färbung *van Gieson.*

Fig. 5. Eine Lücke im linken Temporallappen (Fall 5). Vergr. 100 fach. Färbung *van Gieson.*

Fig. 6. Hirnteil aus der den Schußkanal umgebenden Zone (Fall 7). Rundzelleninfiltration (mono- und polynukleäre Leukocyten) um die Gefäße herum und auch in der Hirnsubstanz. Vergr. 255 fach. Färbung *van Gieson.*

Über die Beschaffenheit des Schädeldaches und über einige innere Degenerationszeichen.

Von

Rudolf Ganter, Arzt in Wormditt (Ostpr.).

Die vorliegende Arbeit fußt auf den Befunden von 1017 Sektionen (513 M. und 504 Fr.), die in dem Zeitraum von 1880—1904 in der Lothr. Bezirksirrenanstalt zu Saargemünd gemacht wurden. Nach der klinischen Seite handelte es sich um folgende Krankheitsgruppen:

Progr. Paralyse	Dementia praecox	Präsenile Stör.	Dementia senilis
299 (224 M. 75 F.)	233 (98 M. 135 F.)	77 (18 M. 59 F.)	204 (75 M. 129F.)
Imbezillität	Epilepsie	Period. Irresein	Traumat. Irresein
50 (20 M. 30 F.)	87 (48 M. 39 F.)	20 (2 M. 18 F.)	15 (13 M. 2 F.)
Alkohol. Störungen	Puerper. Störungen	Tumor, Fieberdelirium usw.	
11 M.	12 F.	9 (4 M. 5 F.)	

Für unsere Zwecke kommen vor allem die ersten 6 Krankheitsformen in Betracht, während der Rest wegen der geringen Zahl der Fälle nur in beschränktem Maße verwendet werden kann.

I. Die Beschaffenheit des Schädeldaches.

Nicht allzu selten findet man bei den Sektionen ein verdicktes Schädeldach, und man ist geneigt, es mit dem klinischen Krankheitsbilde in Beziehung zu bringen. Das gilt besonders für die progr. Paralyse und die Epilepsie. Weniger Beachtung scheint dem verdünnten Schädeldach geschenkt zu werden. Genauere Feststellungen hierüber haben wir nur bei *Näcke* finden können [1]). *Näcke* selber erwähnt noch *Kaes* und *Müller*. Allein die Angaben dieser Autoren beschränken sich auf die progr. Paralyse, so daß sich kein vollständiges Bild gewinnen läßt. Liegt in den Befunden etwas für die progr. Paralyse Charakteristisches? Und wie verhält sich das Schädeldach bei den anderen Krankheitsformen? *Näcke* neigt zur Ansicht, daß die Dicke des Schädeldaches von der Krankheitsdauer abhänge, auch glaubt er, daß das Geschlecht, die Rasse, die

[1]) *Näcke*, Über einige makroskopische Gehirnbefunde bei männlichen [illegible]tikern. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 1900. Bd. 57.



Körpergröße dabei eine Rolle spiele. Wir wollen nun versuchen, ob wir mit unserem Material etwas zur Lösung der einen oder anderen Frage beitragen können. Zunächst möchten wir die Beschaffenheit des Schädeldaches an sich bei den verschiedenen Krankheitsformen feststellen und sie dann in Beziehung bringen zum Alter, zur Krankheitsdauer, zur Körperlänge, zum Körpergewicht und zum Hirngewicht.

a) Die Beschaffenheit des Schädeldaches an sich. — Es ist richtig, wie *Näcke* meint, daß viel Subjektives in der Abschätzung der Dicke oderDünne eines Schädeldaches liegt, solange man eben nicht mißt. Indessen handelt es sich doch meist nur um extreme Grade, und jeder, der viel seziert, wird sich den richtigen Blick angewöhnen, der ihm sagt, hier ist ein auffallend dickes, hier ein sehr dünnes Schädeldach. Alles, was dazwischen liegt, und hier, wie überall, gibt es Übergänge, mag als „normal" gelten. Gerade für unsere Untersuchungen sind eigentlich nur die Extreme geeignet.

Wir stellen folgende Tabellen auf:

	Progr. Paralyse		Dementia praec.		Präsenile Stör.	
Schädeld.	216 M	73 F.	98 M.	134 F.	18 M.	59 F.
	%	%	%	%	%	%
verdickt	55=25,4	26=35,6	18=18,3	27=20,1	2=11,1	10=16,9
verdünnt	42=19,4	7=10,9	22=22,4	23=17,1	4=22,2	15=25,4
„normal"	119=55,1	40=53,4	58=59,2	84=62,6	12=66,6	34=57,6

	Dementia senilis		Imbezillität		Epilepsie	
Schädeld.	79 M.	130 F.	19 M.	29 F.	48 M.	39 F.
	%	%	%	%	%	%
verdickt	19=24,2	40=30,7	13=68,4	10=37,9	17=35,4	15=38,4
verdünnt	9=11,3	20=15,3	1	4=13,7	5=10,4	2= 5,1
„normal"	51=64,5	70=53,8	5=46,3	15=51,7	26=54,1	22=56,4

	Per. Irresein	Traum Irr.	Alk. Stör.	Puer. Stör.	Tumor usw.
Schädeldach	2M. + 18F.	13M. + 2F.	11 M.	12 F.	4 M. + 5 F.
verdickt	4	5	2	4	1
verdünnt	5	2	1	0	3
„normal"	11	8	8	8	5

Alles in allem haben ein verdicktes Schädeldach 267 Fälle (132 M. 135 F.), ein verdünntes 165 (88 M. 77 F.), ein „normales" 585 (293 M. 292 F.).

Die Fälle mit „normalem" Schädeldach überwiegen natürlich, da hier ja alle Zwischenformen untergebracht sind: Es sind über die Hälfte der Fälle. Das verdickte Dach hinwiederum ist über $1^1/_2$ mal häufiger als das verdünnte. Ein Unterschied nach dem Geschlecht besteht nicht, es finden sich fast immer annähernd so viel Männer wie Frauen vertreten. Was die Beschaffenheit des Daches bei den einzelnen Krankheitsformen betrifft, so kommt das verdickteDach etwas häufiger vor bei der progr. Paralyse, Dementia senilis, Imbezillität und Epilepsie, während das dünne Dach bei den präsenilen Störungen etwas überwiegt. Doch sind alle diese Zahlenunterschiede so gering, daß man unbedenklich den Schluß ziehen darf: *Die Beschaffenheit des Schädeldaches hat für keine der psychischen Krankheitsformen etwas Charakteristisches an sich.*

b) *Die Beschaffenheit des Schädeldaches mit Beziehung auf das Alter.* — Folgende Tabellen geben hierüber Aufschluß:

Schädeldach	Progr. Paralyse M. Zahl der Fälle	Progr. Paralyse M. durchschn. Alter	Progr. Paralyse F. Zahl der Fälle	Progr. Paralyse F. durchschn. Alter	Dementia praecox M. Zahl der Fälle	Dementia praecox M. durchschn. Alter	Dementia praecox F. Zahl der Fälle	Dementia praecox F. durchschn. Alter
verdickt	55	42,9	26	45,1	18	44,7	27	46,5
verdünnt	42	47,6	7	46	22	45,7	23	44,9
„normal"	119	44,3	40	46,1	58	45,7	84	48,2

Schädeldach	Dementia senilis M. Zahl der Fälle	Dementia senilis M. durchschn. Alter	Dementia senilis F. Zahl der Fälle	Dementia senilis F. durchschn. Alter	Epilepsie M. Zahl der Fälle	Epilepsie M. durchschn. Alter	Epilepsie F. Zahl der Fälle	Epilepsie F. durchschn. Alter
verdickt	19	71,5	40	71,7	17	39,1	15	45,7
verdünnt	9	67,6	20	72,1	5	42,4	2	42,0
„normal"	51	70,0	70	70,1	26	39,5	22	41,6

Schädeldach	Präsen. Stör. F.		Imbezillität F.	
	Zahl der Fälle	durchschn. Alter	Zahl der Fälle	durchschn. Alter
verdickt	10	52,3	10	47,8
verdünnt	15	54,6	4	54,2
„normal"	34	58,1	15	52

Bei den beiden letzten Krankheitsgruppen konnten wegen der geringen Zahl der Männer nur die Frauen Verwendung finden. Für das Ergebnis ist dies indessen gleichgültig. Da wir es hier nur mit Erwachsenen zu tun haben, bei denen das Wachstum des Schädeldaches mehr oder weniger lange schon abgeschlossen ist, so konnte man von vornherein annehmen, daß das Alter auf die Beschaffenheit des Daches ohne Einfluß sei. Immerhin lag der Gedanke nahe, daß die verschiedenen Krankheitsformen nach dieser oder jener Richtung abweichen würden, insofern der Krankheitsprozeß selbst Veränderungen hätte herbeiführen können. Das ist also nicht der Fall. Beschaffenheit des Daches und Alter stehen nirgends in Beziehung zueinander. Dieser Befund leitet bereits zu den folgenden Tabellen über. Da unter den einzelnen Fällen sowohl, wie unter den Krankheitsgruppen, Fälle und Gruppen mit langer und mit kurzer Krankheitsdauer sind, das Alter aber nirgends einen Einfluß auf die Beschaffenheit des Daches hat erkennen lassen, so sind wir zu der Vermutung berechtigt, daß auch die längere oder kürzere Krankheitsdauer ohne Einwirkung sein wird. Doch bleibt die genauere Feststellung den folgenden Tabellen vorbehalten.

c) Die Beschaffenheit des Schädeldaches mit Beziehung auf die Krankheitsdauer. —

Schädeldach	Progr. Paralyse M.		Progr. Paralyse F.		Dementia praecox M.		Dementia praecox F.	
	Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit	Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit	Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit	Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit
verdickt	55	1,93	26	3,47	18	14,3	27	12,01
verdünnt	42	2,00	7	3,18	22	12,1	23	13,01
„normal"	119	2,32	40	2,07	[illegible]	[illegible]	84	16,12

Schädeldach	Dementia senilis M. Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit	Dementia senilis F. Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit	Präsenile Störungen F. Zahl der Fälle	Durchschn.-Dauer der Krankheit
verdickt	19	2,86	40	4,15	10	9,1
verdünnt	9	3,53	20	3,29	15	7,83
„normal"	51	3,32	70	3,35	34	6,58

Die Berechnung der Krankheitsdauer hat bekanntlich etwas Mißliches an sich. Meist wird Krankheitsdauer und Anstaltsaufenthalt gleich gesetzt, was wohl nur in wenigen Fällen stimmen mag. Da wo die anamnestischen Angaben genauer waren, haben wir die Krankheitsdauer vor der Aufnahme mitgerechnet. Trotz der Fehlerquellen glauben wir aus obigen Tabellen schließen zu dürfen, daß die Beschaffenheit des Schädeldaches in keiner Beziehung steht zur Krankheitsdauer. Bald zeigen die Fälle mit verdünntem, bald die mit verdicktem Dach eine etwas höhere Krankheitsdauer. Nirgends ist ein konstantes Verhältnis zu finden.

d) Die Beschaffenheit des Schädeldaches mit Beziehung auf die Körperlänge.

Schädeldach	Progr. Paralyse M Zahl der Fälle	durchschn. Körperlänge	Progr. Paralyse F Zahl der Fälle	durchschn. Körperlänge	Dementia praecox M Zahl der Fälle	durchschn. Körperlänge	Dementia praecox F Zahl der Fälle	durchschn. Körp.-Länge
verdickt	55	166,4	26	155,7	18	170,2	27	154,6
verdünnt	42	166,9	7	150,6	22	166,1	23	154,1
„normal"	119	169,8	40	153,7	58	163,0	84	155,2

Schädeldach	Dementia senilis M. Zahl der Fälle	durchschn. Körperlänge	Dementia senilis F. Zahl der Fälle	durchschn. Körperlänge	Epilepsie M. Zahl der Fälle	durchschn. Körperlänge	Epilepsie F. Zahl der Fälle	durchschn. Körp.-Länge
verdickt	19	164,2	40	153,8	17	157,5	15	155,0
verdünnt	9	165,1	20	151,4	5	162,6	2	158,0
„normal"	51	164,6	70	148,3	26	166,5	22	151,2

Schädeldach	Präs. Störung. F. Zahl der Fälle	Präs. Störung. F. durchschn. Körperlänge	Imbezillität F. Zahl der Fälle	Imbezillität F. durchschn. Körperlänge
verdickt	10	158,2	10	148,2
verdünnt	15	147,5	4	151,5
„normal" ...	34	156,2	15	148,3

Wie aus den Tabellen hervorgeht, haben bald die Fälle mit verdünntem, bald die mit verdicktem Schädeldach eine größere durchschnittliche Körperlänge, bald auch ist sie nahezu gleich. Wir können also auch hier sagen, daß keine Beziehung besteht zwischen der Beschaffenheit des Schädeldaches und der Körperlänge.

e) Die Beschaffenheit des Schädeldaches mit Beziehung auf das Körpergewicht.

Schädeldach	Progr. Paralyse M. Zahl der Fälle	Progr. Paralyse M. durchschn. Körpergewicht	Progr. Paralyse F. Zahl der Fälle	Progr. Paralyse F. durchschn. Körpergewicht	Dementia praecox M. Zahl der Fälle	Dementia praecox M. durchschn. Körpergewicht	Dementia praecox F. Zahl der Fälle	Dementia praecox F. durchschn. Körpergewich
verdickt	55	49,2	26	40,1	18	47,4	27	38,9
verdünnt	42	51,7	7	37,0	22	46,3	23	35,7
„normal"	119	50,4	40	42,0	58	46,5	84	40,5

Schädeldach	Dementia senilis M. Zahl der Fälle	Dementia senilis M. durchschn. Körpergewicht	Dementia senilis F. Zahl der Fälle	Dementia senilis F. durchschn. Körpergewicht	Epilepsie M. Zahl der Falle	Epilepsie M. durchschn. Körpergewicht	Epilepsie F. Zahl der Fälle	Epilepsie F. durchschn. Körpergewicht
verdickt	19	50,1	40	38,8	17	49,4	15	45,6
verdünnt	9	34,2	20	32,2	5	54,5	2	37,0
„normal"	51	51	70	36,8	26	52,8	22	40,5

Schädeldach	Präs. Stör. F. Zahl der Fälle	Präs. Stör. F. durchschn. Körpergewicht	Imbezillität F. Zahl der Fälle	Imbezillität F. durchschn. Körpergewicht
verdickt	10	45,1	10	46,5
verdünnt	15	36,9	4	[illegible]
„normal"	34	44,0	1[illegible]	[illegible]

Wir finden auch hier, wie bei der Körperlänge, keinerlei Beziehung zwischen der Beschaffenheit des Schädeldaches und dem Körpergewicht. Dieses Ergebnis war ja eigentlich schon zu vermuten, insofern das Körpergewicht erheblichen Schwankungen unterworfen ist.

f) Die Beschaffenheit des Schädeldaches mit Beziehung auf das Hirngewicht.

Schädeldach	Progr. Paralyse M.		Progr. Paralyse F.		Dementia praecox M.		Dementia praecox F.	
	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht
verdickt	55	1286,6	26	1089,4	18	1340,5	27	1234,8
verdünnt	42	1342,5	7	1191,5	22	1370,2	23	1207,6
„normal"	119	1293,5	40	1129,4	58	1355,1	84	1222,1

Schädeldach	Dementia senilis M.		Dementia senilis F.		Epilepsie M.		Epilepsie F.	
	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht
verdickt	19	1265,0	40	1116,8	17	1360,9	15	1164,8
verdünnt	9	1280,0	20	1187,0	5	1419,4	2	1258,5
„normal", ...	51	1267,7	70	1124,1	26	1375,9	22	1230,4

Schädeldach	Präs. Stör. F.		Imbezillität F.	
	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht	Zahl der Fälle	durchschn. Hirngewicht
verdickt	10	1277,2	10	1143,1
verdünnt	15	1269,2	4	1150,0
„normal"	34	1234,4	15	1100,6

Mit Ausnahme der Dementia praecox F. und den präsenilen Störungen F. finden wir, daß das Hirngewicht bei den Fällen mit verdünntem Schädeldach größer ist als bei denen mit verdicktem. Der Unterschied beträgt bei:

Progr Paralyse M.	Progr Paralyse F.	Dementia praecox M.	Dementia senilis M.	Dementia senilis F.	Epilepsie M.	Epilepsie F.	Imbezill F.
55,9 g	102,0 g	29,7 g	15,0 g	70,2 g	58,5 g	93,7 g	6,9 g

Die Hirngewichte bei den Fällen mit „normalem" Schädeldach liegen etwa in der Mitte. Was nun die Dem. praecox F. und die präsenilen Störungen F. anbelangt, so ist hier das Hirngewicht der Fälle mit verdicktem Schädeldach größer im Vergleich zu den Fällen mit verdünntem Schädeldach. Der Unterschied beträgt 27,2 und 8,0 g. Infolge dieser beiden Ausnahmen dürfen wir nicht weitergehen als die Vermutung aussprechen, daß möglicherweise eine Beziehung besteht zwischen der Beschaffenheit des Schädeldaches und dem Hirngewicht, insofern einem dünneren Schädeldach ein schwereres oder größeres Gehirn, einem dickeren Schädeldach ein leichteres oder kleineres Gehirn entspricht. Wir glauben aber, es würden sich bessere und einwandfreiere Resultate erreichen lassen, wenn die Beschaffenheit des Schädeldaches in Beziehung auf den Rauminhalt des Schädels statt in Beziehung auf das ziemlichen Schwankungen unterworfene Hirngewicht untersucht würde.

Wir fassen noch einmal zusammen: Die Beschaffenheit des Schädeldaches steht in keiner Beziehung zur Art der psychischen Krankheit, zum Alter, zur Krankheitsdauer, Körperlänge, zum Körpergewicht, aber sie steht möglicherweise in Beziehung zum Hirngewicht. Warum hat nun der eine ein dickes, der andere ein dünnes Schädeldach? Mit dem gleichen Recht können wir fragen: warum ist der eine Mensch groß gewachsen, der andere klein? Die Beschaffenheit des Schädeldaches ist das Ergebnis der Entwicklungszeit; ist diese abgeschlossen, so bleibt auch das Schädeldach so, wie es ist. Es ist klar, daß in der Entwicklungszeit auftretende Krankheitsprozesse, wie Meningitis, epileptische Anfälle die Beschaffenheit des Schädeldaches zu beeinflussen vermögen, also zu einer erheblichen Verdickung führen können. Daß dergleichen später noch stattfinden soll, halten wir auf Grund unserer Befunde für ausgeschlossen. Darum ist nach unserer Auffassung auch die Ansicht *Kraepelins*, die Dickezunahme des Schädeldaches sei vielleicht als Ausgleichserscheinung gegenüber der Druckabnahme des schrumpfenden Gehirns aufzufassen, nicht richtig.

Daß übrigens auch „normale“ Individuen ein abnorm dünnes Schädeldach haben können, ist aus der gerichtsärztlichen Praxis bekannt. Es ist vorgekommen, daß einer, der seinem Gegner mit einem gewöhnlichen Stockhieb den Schädel einschlug, mit einer geringen Strafe davonkam, weil der Schlag Folgen hatte, die er bei dem Besitzer eines „normalen“ Schädeldaches nicht gehabt hätte. Hinwiederum erfreut sich der dicke Bauernschädel, dem selbst die Puffer einer Lokomotive nichts anzuhaben vermögen, einer volkstümlichen Berühmtheit.

Im Anschluß hieran wäre noch das gegenseitige Verhältnis der Compacta und Diploe zu untersuchen. Manche Schädeldächer bestehen fast nur aus Compacta, bei anderen überwiegt die Spongiosa. Dazwischen gibt es natürlich zahllose Übergänge. Viel Subjektives spielt ja da mit, besonders da die Verteilung der C. und D. an demselben Schädeldach keineswegs gleichmäßig geschieht. Allein für uns kommen ja nur die Extreme in Betracht.

Wir wollen nun zunächst sehen, ob die Verteilung der C. und D. etwas mit der Dicke oder Dünne des Schädeldaches zu tun hat.

Schädeldach	Zahl der Fälle	C = D	C >	D >
verdickt	252	70 = 27,7 %	96 = 38,1 %	86 = 34,1 %
verdünnt	154	84 = 54,5 %	55 = 35,7 %	15 = 9,7 %
„normal“	536	339 = 63,6 %	116 = 21,6 %	81 = 15,1 %

Die gleichmäßige Verteilung von C. und D. ist am meisten bei den „normalen“ Dächern anzutreffen. Sie nimmt nach den verdickten zu ab. Das umgekehrte Verhalten zeigt sich bei der C. Sie überwiegt bei den verdickten Dächern mit dem höchsten Prozentsatz, der nach den „normalen“ Dächern zu abnimmt. Die D. ist in einem noch ziemlich hohen Prozentsatz vermehrt bei den verdickten Dächern. Ihr Prozentsatz nimmt rasch ab schon bei den „normalen“ Dächern und ist sehr niedrig bei den verdünnten. Der letztere Befund dürfte leicht erklärlich sein, insofern ein verdünntes Dach an sich schon seinem Träger einen ungenügenden Schutz bietet, geschweige denn erst, wenn es auch noch aus lauter D. bestände.

Was das Verhalten der C. und D. bei den einzelnen psychischen Krankheitsformen betrifft, so müssen wir auf die Rubrik a verweisen.

Dort haben wir gefunden, daß die Dicke und Dünne des Schädeldaches für keine Krankheitsform etwas Charakteristisches an sich babe. Die Verteilung von C. und D. hinwiederum, so müssen wir hier ergänzen, hat dasselbe Ergebnis

II. Innere Degenerationszeichen.

Über die äußeren Degenerationszeichen ist schon vielfach geschrieben worden. Dagegen hat man die inneren Degenerationszeichen etwas stiefmütterlich behandelt, wenigstens ist mir nur die Arbeit von *Näcke* bekannt, der die entsprechenden Sektionsbefunde von 100 Paralytikern und 100 Normalen bringt [1]). Im wesentlichen hat es die Untersuchung nur mit den wichtigsten inneren Organen zu tun: Herz, Lungen, Leber, Nieren, Milz, Darmkanal. Da bei uns die Sektionen sich über einen Zeitraum von 25 Jahren erstrecken, so hat wohl nicht jeder der Untersucher die Absicht gehabt, nach inneren Degenerationszeichen zu forschen, sondern er hat eben nur das in die Augen Springende notiert. Unsern Zwecken aber schadet das nichts, da als innere Degenerationszeichen vorläufig nur die auffälligsten Anomalien in Betracht kommen können, während die geringeren Abweichungen in den Bereich der physiologischen Variationsbreite fallen mögen.

Fangen wir mit dem Herzen an. Eine große Bedeutung kommt jedenfalls der Hypoplasie des Herzens zu. *Näcke* fand sie bei seinen Paralytikern 8 mal. Da hier mancherlei Berechnungen auszuführen sind, wollen wir dies Thema ür eine andere Arbeit aufsparen. Eine gleich wichtige Rolle muß der Umfang der Aorta spielen. Allein hierüber besitzen wir keine Angaben. Dagegen haben wir Notizen über die Fensterung der Klappen.

Eine solche fand sich in 20 Fällen = 1,9%. Und zwar kamen auf die progr. Paralyse 7 Fälle, auf die Dem. praecox 4, auf die präsenilen und senilen Störungen 7, auf die Idiotie und Epilepsie 2. In 14 Fällen handelte es sich um Fensterung der Aortenklappen, in 4 um die der

[1]) *Näcke.* Einige „innere“ somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich ein Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den innern Hauptorganen des Mensch[illegible] Allg. Zeitschr. für Psychiatrie. 1901. B. 58.



Pulmonalklappen, in einem Fall um eine solche der Aorten- und Pulmonalklappen zugleich, und in einem Fall um Fensterung eines Segels der Mitralis. Außerdem sind noch 3 Klappenanomalien zu verzeichnen: einmal bestanden die Pulmonalklappen aus 4 Segeln (sen. Störungen), einmal fehlte an der Tricuspidalis ein Segel, und waren die Chordae verkürzt (sen. Störungen), einmal waren nur zwei Aortenklappen und zwei Öffnungen für die Art. coronariae vorhanden (Imbezill.).

Arndt macht auf die zarten, mehr oder weniger gefensterten Klappen bei Geisteskranken aufmerksam. *Näcke* traf sie „fast nie“ an. Die Zartheit oder Fensterung der Klappen, beides braucht übrigens nicht zusammenzufallen, kann man wohl als Teilerscheinung einer Hypoplasie und somit als Degenerationszeichen auffassen.

Was die Lungen betrifft, so fand *Näcke* öfters Hypoplasie bei Paralytikern. Wir können hierüber nichts bringen. Es ist wohl auch außerordentlich schwer, eine Hypoplasie der Lungen festzustellen, da ja krankhafte Prozesse fast nie fehlen. Eine andere Anomalie, die Mehrlappigkeit der Lungen, wurde nach *Näcke* bei Paralytikern und Normalen beobachtet. Bei uns fand sich Mehrlappigkeit der Lungen in 5 Fällen = 0,4%. Das Gegenteil ergab sich einmal bei der rechten Lunge, die nur aus zwei Lappen bestand. Eine von *Näcke* nicht erwähnte und bei uns nur zweimal vorkommende Anomalie sind Furchungen der Lunge, als Rippeneindrücke bezeichnet. Bei der Leber sind diese bekanntlich viel häufiger.

Folgende kleine Tabelle wird die Einzelheiten besser erkennen lassen:

	pr. Paralyse	Dem. praec.	praes. u. sen. Stör.	Summe
Linke Lunge 3 lappig ...	2	1	1	4
Rechte „ 4 „ ...	1	—	—	1
Rechte „ 2 „ ...	—	—	1	1
Auf d. l. Lunge Furchen ..	—	1	—	1
Auf d. r. Lunge Furchen .	—	1	—	1
				8

Viel häufiger als an Herz und Lungen finden sich Bildungsanomalien an der Leber. In der Hauptsache handelt es sich um Furchen-

b i l d u n g e n und A n o m a l i e n der G e s t a l t. Wir geben zunächst eine übersichtliche Darstellung der Befunde:

	progr. Paral.	Dem. praec.	präs. u. sen. Störungen	Imbezill. und Epileps.	Rest	Summe
a) Furchen						
Leber mit senkrechten Furchen	1	6	10	2	4	23
Linker Leberlappen durch eine tiefe Furche vom rechten gegetrennt	—	—	3	1	—	4
Leber mit transversalen Furch.	—	2	2	—	2	6
Leber mit Rippeneindrücken	1	5	3	2	—	11
Leber mit Furchen von unbestimmtem Verlauf	1	1	—	—	1	3
Leber mit Schnürfurchen ...	—	5	18	4	4	31
b) Anomalien der Gestalt:						
Rechter Leberlappen im unt. vorderen Teil gelappt....	—	—	1	2	—	3
Linker Leberlappen zungenförmig ausgezogen.......	8	5	4	—	1	18
Leber kugelförmig	1	3	—	1	2	7
Sonstige Anomalien	1	2	—	—	1	4
						110

Darnach haben wir es in 47 Fällen mit Furchungen (die Schnürfurchen sind nicht mitgezählt) und in 30 Fällen mit Anomalien der Gestalt zu tun. Das sind zusammen 77 Fälle = 7,5%.

Die Zahl der senkrechten Furchen betrug meist 1—4, einmal sogar 6, die der transversalen 3—4, die der Rippeneindrücke bis 6. Öfters werden die Furchen als tief bezeichnet.

Über die Entstehungsweise dieser Furchenbildungen sind verschiedene Ansichten laut geworden. Nach *Motti* entstehen sie primär oder durch Zwerchfelldruck, nach *Poirier* infolge Thoraxdruck durch die Kleider, nach *Hofmann* durch Rippendruck, nach *Cruveilhier* und *Chiari* durch Anpressen der Leber gegen das Zwerchfell, so daß die Leber zwischen die Spalten des Zwerchfells hineinwächst, nach *Quain* sind sie angeboren. Wir halten die Rippentheorie für falsch, nur in Anlehnung an die Sektionsprotokolle haben wir in der Tabelle von „Rippeneindrücken" gesprochen. Man kann sich kaum vorstellen, wie die oft tiefen, schön wellenförmig abgerundeten Furchen von

Rippeneindrücken herrühren sollen, zumal die Rippen doch wohl nicht für sich allein entstehen, vielmehr mit der Zwischenmuskulatur eine glatte Wand bilden. Aber auch die Zwerchfelltheorie ist in hohem Grade unwahrscheinlich. Sollten sich wirklich 6 transversal oder 6 vertikal verlaufende regelmäßige Furchen durch Einpressen der Leber zwischen die Zwerchfellszacken erklären lassen, und wie wäre es dann mit der tiefen Furche, die die beiden Leberlappen abgrenzt! Dazu kommt, daß wir in 5 Fällen neben den Furchen noch andere Anomalien der Leber (der Größe, Form) gefunden haben. Und vollends, wir haben in der Tabelle gesehen, daß in 3 Fällen die Furchung sogar bis zur Lappung fortgeschritten ist, und wir werden den gleichen Erscheinungen wieder begegnen bei den Nieren und der Milz. Das alles spricht zugunsten einer anderen Entstehungsursache. Wir schließen uns jenen Autoren an, die meinen, die Furchen seien primär entstanden, seien angeboren. Damit ist allerdings nur ausgesprochen, daß die anderen Ansichten falsch sind, die Entstehungsursache bleibt aber trotzdem im dunkeln.

Wir haben schon erwähnt, daß wir die „Schnürfurchen" nicht mitgezählt haben. Wir sind dieser Diagnose gegenüber etwas mißtrauisch. Ein ahnungsloser und in seinen Ausdrücken nicht sehr wählerischer Untersucher kann einen da ordentlich in die Irre führen. Wo angegeben war, daß sich die Kapsel an der betreffenden Stelle verdickt zeigte, kann man annehmen, daß es sich um eine wirkliche Schnürfurche handelte. Es kann aber auch eine Querfurche in dieser Gegend verlaufen und den unteren Teil des rechten Leberlappens abgrenzen (bei uns ausdrücklich 3 mal angegeben). Verdächtig ist ferner die Diagnose „Schnürfurche", wenn daneben noch andere Anomalien der Leber (in 5 Fällen) oder andrer Organe (ebenfalls in 5 Fällen: der Nieren, Milz, des Darmkanales) bestanden.

Gehen wir zu den Anomalien der Form über. Die Lappung haben wir schon berührt. Verhältnismäßig häufig ist der linke Leberlappen zungenförmig ausgezogen, die Richtung ist meist nach links, nur einmal nach oben. *Näcke* fand die Zungenform bei Normalen 8 mal, bei Paralytikern 15 mal. Was die Kugelform der Leber betrifft, so geben wir folgende Maße: 23 × 13 × 9, 19 × 9 × 8. Eine ganz flache Form kam zweimal vor: 23 × 23 × 5, 21 × 21 × 6. In 3 Fällen war die Leber auffallend klein, in 2 Fällen davon mit lang ausgezogenem Lappen. In folgenden 5 Fällen wies die Leber mehr als eine Anomalie auf:

1. Rechter Leberlappen mit 2 Längsfurchen, linker Lappen klein.

2. Drei senkrecht verlaufende Furchen, unterer Teil des linken Lappens abgeschnürt und dünn.

3. Unterer Teil des rechten Lappens abgeschnürt, linker Lappen zungenförmig.

4. Rechter Lappen sehr groß, eiförmig; linker Lappen durch eine tiefe Furche getrennt, sehr klein mit ein paar kleinen Nebenlappen.

5. Leber ganz flach, linker Lappen zungenförmig nach oben ausgezogen. Rechter Lappen am unteren Rand 3mal gekerbt. Linker vom rechten Lappen durch eine ziemlich tiefe Furche getrennt.

Wir können diese Anomalien der Form ebensowenig erklären wie die Furchenbildung und Lappung, glauben aber, daß sie eine gemeinsame Ursache haben.

Bei den Nieren begegnen wir wieder den drei Anomalien, nämlich der Furchung, Lappung, Formveränderung. Neu treten hinzu die Lageveränderung und die Anomalien des Verlaufs der Gefäße.

	pr. Paralyse	Dem. praec.	präs. u. sen. Störungen	Imbecill. und Epileps.	Rest	Summe
Furchung	1	1	2	—	—	4
Lappung	7	5	4	7	3	26
Verlagerung	1	—	1	1	—	3
Ungleiche Größe	1	1	2	4	—	8
Unregelmäßige Form	2	1	1	—	—	4
Hufeisenniere	—	—	—	1	—	1
Gefäßanomalien	1	1	1	1	—	4
						50

Diese 50 Anomalien verteilen sich auf 36 Fälle = 3,5%.

Was die Lappung betrifft, so war 3mal nur die linke und 3mal nur die rechte Niere gelappt, die übrigen Male beide zusammen. Nach *Näcke* kommen Andeutungen von Furchen- und Lappenbildung auch bei Normalen häufig vor, bei Paralytikern aber (*Näcke*) und bei Irren überhaupt (*Arndt*) soll sie häufiger und ausgeprägter auftreten. Auch wir glauben, daß nur die ausgeprägtere Furchenbildung als Degenerationszeichen anzusprechen ist. Es zeigt eben, im Gegensatz zur Leber, die Niere eine größere wohl in ihrer Entwicklungsgeschichte begründete Neigung zur Furchenbildung. Einen Wink, die Lappung im Sinne eines

Degenerationszeichens aufzufassen, gibt uns die Tatsache, daß zweimal zugleich auch Lappung der Milz bestand, und in 4 Fällen neben der Lappung noch andere Nierenanomalien vorhanden waren. Diese vier Fälle sind:

1. Lappung. Rechte Niere sehr groß. Thymus erhalten.
2. Lappung. Rechte Niere kleiner.
3. Lappung links. Rechte Niere kleiner.
4. Lappung. Rechte Niere größer. Milz sehr klein.

Verlagerung, ungleiche Größe, unregelmäßige Form, Anomalien des Gefäßverlaufes finden sich mehr oder weniger zusammen:

1. Rechte Niere vor dem Promontorium, von unregelmäßiger Form, viel kleiner als die linke.
2. Rechte Niere kleiner, von unregelmäßiger Form.
3. Rechte Niere von unregelmäßiger Gestalt, im frontalen Durchmesser zusammengedrückt.
4. Rechte Niere lang und schmal.
5. Die Vena renalis sinistra entspringt unter dem Hilus.
6. Linke Niere vor dem Promontorium. Die Arterie tritt am äußern konvexen Rand ein, während Vene und Ureter durch den Hilus austreten.
7. Hilus und Ureter an der vordern Fläche. In den Hilus treten 2 Arterien ein, rechts 3 Venen, links eine Vene, außerdem am unteren Teil eine Vene. Verschiedene kleine Arterien und Venen treten außerhalb des Hilus in das Parenchym direkt ein.
8. Nieren vor dem Promontorium, an der med. Seite miteinander verwachsen. Am obern und untern Rand des Organes sind in der Mitte Einziehungen. Die Hinterfläche ist ganz glatt. Im unteren Teil treten zwei kleine Gefäße aus der Art. und Vena hypogastr. ein. An der Vorderfläche zwei durch eine mediane Einsenkung getrennte Hilus. In die Hilus treten Gefäße direkt aus der Aorta abdominalis kurz vor deren Teilung.

Abnorme Gestalt der Nieren fand *Näcke* bei Paralytikern in 5%, ungleiche Größe in 4%, Hufeisenniere in 1%. Bei Normalen dagegen konnte er nichts dergleichen nachweisen. Zufällig lese ich in der Münch. Med. Wochenschr. (1908, Nr. 32, S. 1704), daß bei Operationen in 0,1% Hufeisenniere und in 0,8% verschmolzene Nieren angetroffen worden sind.

Weniger reich an Anomalien als die Nieren ist die **Milz**. Es handelt sich bei ihr im wesentlichen nur um **Furchung**, **Lappung** und das Vorkommen einer **Nebenmilz**:

	progr. Paral.	Dem. praec.	präs. u. sen. Störungen	Imbezill. und Epileps.	Rest	Summe
Mehrfache Einkerbungen ...	2	—	—	—	—	2
Furchungen	—	1	—	—	—	1
Lappung	9	11	10	4	9	43
Nebenmilz	4	6	3	3	—	16
Abnorme Kleinheit	—	—	—	1	—	1
						63

An den Anomalien der Milz nehmen 63 Fälle teil = 6,1%. Auffallend häufig ist die Lappenbildung. Die Tendenz hierzu ist vermutlich, wie bei den Nieren, in dem Entwicklungsprozeß gegeben. Ob die Nebenmilz als Degenerationszeichen aufzufassen ist, kann ich nicht entscheiden; es ist aber wohl nicht der Fall, da sonst auch die Nebennieren zu den Degenerationszeichen gerechnet werden müßten. Vielleicht handelt es sich um rudimentäre (atavistische) Organe. *Näcke* fand die Nebenmilz bei Normalen in 11%, bei den Paralytikern in 6%. Abnorme Kleinheit muß als Degenerationszeichen angesehen werden. *Näcke* fand sie bei Paralytikern in 3 bis 4%. Wir haben sie nur einmal angegeben gefunden, sie dürfte aber häufiger vorkommen.

In 5 Fällen war Lappung der Milz mit der Anomalie eines andern Organes vergesellschaftet:

1. Milz gelappt, Nieren gelappt (zweimal),
2. Milz gelappt, Nieren gefurcht,
3. Milz gelappt, Leber klein,
4. Milz gelappt, Sanduhrmagen.

Wenn Hypoplasien von Organen als Degenerationszeichen gelten, so müssen wohl auch Bildungen, die, statt zu verschwinden, bestehen bleiben, dahin gerechnet werden. Dort fehlt die Kraft zur Ausbildung, hier die zur Rückbildung. In dieser Hinsicht kämen zwei Organe in Betracht: das *Meckel*sche Divertikel (persistierender Ductus omphaloentericus) und die Thymusdrüse.

Das *Meckel*sche **Divertikel** kam in 8 Fällen vor = 0,7%, und zwar bei progressiver Paralyse zweimal, Dementia

praecox dreimal, präsenilen und senilen Störungen zweimal, Imbezillität und Epilepsie einmal. *Näcke* fand es bei Normalen in 3%.

Die Thymus war in 4 Fällen = 0,3% erhalten, und zwar bei progressiver Paralyse, Dementia praecox, bei Epilepsie und beim Rest je einmal.

Es sollen noch einige Raritäten hier erwähnt, aber bei der Statistik, teils wegen ihrer Seltenheit, teils wegen der Schwierigkeit der Deutung nicht mitgezählt werden. In 3 Fällen war Sanduhrmagen verzeichnet ohne nähere Angaben. Sanduhrmagen ist bekanntlich die Folge eines Ulcus. Es wäre aber auch denkbar, daß eine ähnliche Bildung infolge Entwicklungsstörungen entstehen könnte, etwa wie an andern Organen die Furchung oder Lappung. In 2 Fällen handelte es sich um Kryptorchismus. In einem Falle war die Gallenblase zweikammerig. Einigemal fanden sich Divertikel der Blase verzeichnet, allein hier kann es sich sehr wohl um pathologische Prozesse handeln. Einmal kamen Verschmelzungen unter den Rippen vor. In einem Falle war die vierte rechte Rippe gabelig gespalten, die Zinken vereinigten sich aber wieder am Sternum. In einem Falle verlief die Arteria basilaris nach rechts gekrümmt, die Gefäßverteilung an der Basis war ganz unregelmäßig.

Fassen wir die bisher gewonnenen Resultate noch einmal übersichtlich zusammen. Es fanden sich:

Amomalien der Herzklappen in	23	Fällen	=	2,2 %
Anomalien der Lungen in	8	Fällen	=	0,7 %
Anomalien der Leber in	77	Fällen	=	7,5 %
Anomalien der Nieren in	36	Fällen	=	3,5 %
Anomalien der Milz in	63	Fällen	=	6,1 %
*Meckel*sches Divertikel in	8	Fällen	=	0,7 %
Thymus in	4	Fällen	=	0,3 %
	219	Fällen	=	21,5 %

Von den 1017 Fällen wiesen also 219 = 21,5% innere Degenerationszeichen auf, und zwar die meisten Fälle an der Leber und der Milz. Soviel kann man sagen, daß die inneren Degenerationszeichen viel seltener sind als die äußeren. Wir möchten nur darauf hinweisen, daß wir seinerzeit an der Irrenpflegeanstalt in Trier unter 345 Geistes-

kranken 284 = 82,3% mit äußeren Degenerationszeichen fanden [1]), und andere Autoren berechnen ähnlich hohe Zahlen. Es muß allerdings berücksichtigt werden, daß äußerlich viel mehr Organe in Betracht kommen, auch das Auge hier geschärfter ist als bei den bis zuletzt vernachlässigten inneren Degenerationszeichen.

Es ist nun noch darzustellen, in welchem Verhältnis sich die 219 Fälle mit Degenerationszeichen auf die einzelnen psychischen Krankheitsformen verteilen. Folgende Tabelle gibt hierüber Aufschluß:

	Anomalien der Klappen	d. Lungen	d. Leber	d. Nieren	d. Milz	M. Divert.	Thymus	Summe
Progr. Paralyse	7	3	11	10	15	2	1	49=16,3 %
Dem. praec.	4	3	26	6	18	3	1	61=26,1 %
praes. u. sen. Störungen	9	2	22	7	13	2	—	55=19,2 %
Imbec. u. Epilepsie	3	—	8	10	8	1	1	31=22,4 %
Rest	—	—	10	3	9	—	1	23
	23	8	77	36	63	8	4	219

Die Dementia praecox stellt also den höchsten Prozentsatz an den Fällen mit Degenerationszeichen, ihr folgen die Imbezillität u. Epilepsie, die präsenilen und senilen Störungen und zuletzt die progressive Paralyse. Die Unterschiede sind übrigens nicht sehr groß, so daß man kaum irgendwelche Schlüsse hieraus wird ziehen können.

Bei Herz, Lunge, Milz stimmen Zahl der Fälle und Zahl der Degenerationszeichen überein. Dagegen weisen bei der Leber 77 Fälle 110 Anomalien und bei den Nieren 36 Fälle 50 Anomalien auf. Leber und Nieren besitzen also in 47 Fällen mehr als eine Anomalie, meist zwei. Noch wichtiger ist die Tatsache, daß 10 mal zwei Organe zugleich Anomalien zeigen, und zwar Leber und Lungen einmal, Leber und Milz viermal, Leber und Nieren zweimal, Nieren und Milz dreimal.

Wie schon erwähnt, kennen wir die Entstehungsweise der aufgeführten Anomalien nicht, und doch rechnen wir sie zu den De-

[1]) Der körperliche Befund bei 345 Geisteskranken. Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55.



generationszeichen. Wir tun es in Anlehnung an die äußeren Degenerationszeichen [1]). Wie diese Zeichen Abweichungen vom Bildungstypus darstellen und sich am häufigsten und zahlreichsten bei Geisteskranken und Degenerierten finden, also für diese charakteristisch sind, so, machen wir den Analogieschluß, wird es auch mit den inneren Degenerationszeichen sein. Hier fehlt es allerdings noch an Untersuchungen. Aber wir können jetzt schon sehen, daß die Zahlen, die *Näcke* bei den Sektionen Normaler gefunden hat, bei weitem nicht an unsere Zahlen heranreichen. Besonders bedeutungsvoll erscheint uns weiter der Umstand, daß gleichzeitig zwei Organe Anomalien aufweisen. Das deutet wohl auf eine erheblichere Schädigung, auf eine frühzeitig auftretende gemeinsame Ursache hin. Bei manchen Organen sind die Anomalien stark ausgeprägt, haben also wohl eine ernstere Bedeutung, als wo sie nur angedeutet sind. Auch hier, wie überall, haben wir es mit zahllosen Übergängen zu tun, und es wird Stellen geben, wo man über die Bedeutung dieser oder jener Befunde schwanken kann. Man kann sich ferner denken, daß, in einer je früheren Entwicklungsperiode die Störung einsetzt, sie um so wahrscheinlicher, bei der gegenseitigen Abhängigkeit des Gewebs- und Organsystems Gehirn und Nervensystem beeinflussen wird.

Was schließlich die Bedeutung der inneren Degenerationszeichen anbetrifft, so stehen sie in praktischer Hinsicht, zu diagnostischen Zwecken, begreiflicherweise den äußeren Degenerationszeichen nach, sie können höchstens post hoc zur Diagnose verwandt werden. Das Interesse, das sie erwecken, liegt mehr auf theoretischem Gebiet. Ihr Entstehen, ihr Vorkommen und nicht zuletzt ihre etwaigen Beziehungen zu den äußeren Degenerationszeichen sind Aufgaben, die noch der Lösung harren. Die Frage, ob die inneren Degenerationszeichen, wie wir sie beschrieben haben, bloß die Funktion des betreffenden Organes schädigen, oder von weiter störendem Einfluß sein könnten, ist wohl nur teilweise in bejahendem Sinne zu beantworten.

[1]) Bei den äußeren Degenerationszeichen ist jetzt wenigstens die Ursache der Skelett- und Zahnanomalien bekannt, die wohl in der überwiegenden Zahl der Fälle auf Rhachitis beruht. Auch eine frühere Arbeit von uns brachte Gründe für diese Anschauung: Untersuchungen auf Degenerationszeichen bei 251 geisteskranken Männern. Archiv für Psychiatrie, Bd. 38.

So, wenn es sich um Hypoplasien handelt, wenn die Thymus bestehen bleibt und dergleichen mehr, dagegen ist nicht einzusehen, wieso die Furchung oder Lappung oder die abnorme Form eines Organes für seine Funktion schädigend sein soll. Indessen ist auf alle diese Fragen bis jetzt keine bestimmte Antwort möglich. Wir bleiben aber bei der Behauptung, daß die inneren Degenerationszeichen nicht ohne Bedeutung sein können.

Über die juvenile Paralyse.[1])

Von

Dr. Otto Ludwig Klieneberger.

Die allgemeine progressive Paralyse des Kindes- und Entwicklungsalters gilt noch immer als eine seltene Erkrankung. 1895 stellte *Alzheimer*[2]) die bis dahin in der Literatur bekannten Fälle jugendlicher Paralyse, im ganzen 38, zusammen, denen er aus eigener Beobachtung 3 hinzufügte. Nach 4 Jahren konnte ***Froelich*** 83 Fälle zusammenstellen. In der letzten Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie, der am 24. und 25. April 1908 in Berlin tagte, berichtete *Ranke*[3]) über 179 Fälle, die er teils aus der Literatur beigebracht, teils selbst gesammelt hatte. Diesen Fällen kann ich 7[4]) hinzufügen, die im Laufe der letzten $1^1/_2$ Jahre in unserer Klinik zur Beobachtung kamen.

Alzheimer unterzog die von ihm gesammelten Fälle einer kritischen Sichtung. Er stellte fest, daß ätiologisch der Syphilis eine höchst wichtige, vielleicht die ausschließliche Rolle zukommt, daß hereditäre Belastung eine besondere Disposition für die Erkrankung zu schaffen

---

[1]) Aus der psychiatrischen und Nervenklinik zu Breslau (Prof. Dr. *Bonhoeffer*).

[2]) Betr. dieser sowie der übrigen mit keinem besonderen Hinweis versehenen Arbeiten über „juvenile Paralyse" verweise ich auf die Literaturübersicht.

[3]) „Spielt in der Ätiologie der Paralyse neben der luetischen Infektion eine spezifische Disposition des Nervensystems eine Rolle?" Referat. Neurolog. Zentralblatt. Jahrgang 27, Nr. 11.

[4]) 5 dieser Fälle (Beobachtung I—V) habe ich in der Sitzung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte zu Breslau (14. XII. 07) demonstriert.

scheint, ein Trauma den Ausbruch vielleicht beschleunigen kann. Der klinische Verlauf zeichnet sich nach *Alzheimer* durch ein langes Prodromalstadium, durch ein sehr langsames Fortschreiten unter dem Bilde einer chronischen Demenz ohne Wahnideen aus. Im Vordergrunde des Krankheitsbildes stehen körperliche Symptome (Lähmungen, paralytische Anfälle, tabische Erscheinungen, darunter häufig Opticusatrophie). Anatomisch zeigte die Paralyse der Jugendlichen keine Abweichung von der Paralyse der Erwachsenen. Während aber bei Erwachsenen ganz vorzugsweise das männliche Geschlecht betroffen wird, fand *Alzheimer* das Verhältnis zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht bei der jugendlichen Paralyse nahezu wie 1 : 1. Der Krankheitsbeginn reichte bei einzelnen Fällen in das 9. und 10. Lebensjahr zurück; 2 Fälle begannen erst im 21. und 22. Jahre; der Durchschnitt lag im Alter von $16\,^2/_3$ Jahren. Die Durchschnittsdauer der Erkrankung, die sich nur in 23 Fällen feststellen ließ, betrug $4\,^1/_2$ Jahre. Kürzer als 2 Jahre dauerte kein Fall; in mehr als $^1/_3$ der Fälle währte die Krankheit über 5 Jahre, in 5 Fällen über 7 Jahre. Eine beträchtliche Anzahl der jugendlichen Paralytiker war von Jugend auf als mittelbegabt zu bezeichnen. — *Froelich* kam in seiner Zusammenstellung, die er genau nach der übersichtlichen, von *Alzheimer* gegebenen Tabelle verfaßte, im wesentlichen zu den gleichen Resultaten. Als einzige Abweichung fand er das Zahlenverhältnis zwischen männlicher und weiblicher jugendlicher Paralyse gleich 4 : 3. Er hob ferner hervor, daß die hereditäre Belastung jugendlicher Paralytiker nicht größer sei als die der Erwachsenen, wenn man von der Lues hereditaria und denjenigen Formen erblicher Belastung absieht, die mit größter Wahrscheinlichkeit auf Lues zurückzuführen sind.

Zweifellos ist in der Lues, beziehungsweise der Paralyse oder Tabes der Aszendenz die Hauptbelastung, ja mehr noch die Ätiologie der jugendlichen Paralyse gegeben. *Ranke* konnte in den 179 Fällen, über die er berichtete, 53 mal, also in 29,6%, ein Auftreten von Paralyse oder Tabes bei der Deszendenz und Aszendenz nachweisen, „eine Zahl, die vermutlich als minimal zu bezeichnen ist". Eine exakte Untersuchung mit allen uns zu Gebote stehenden Mitteln wird voraussichtlich einen höheren Prozentsatz ergeben. In erster Linie wird die Lumbalpunktion, die mikroskopische und serologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit geeignet sein, einerseits die Diagnose der juvenilen

Paralyse in vivo zu sichern, andererseits aber bei der Aszendenz auch die rudimentären, beziehungsweise latenten Fälle von Tabes oder Paralyse aufzudecken und gemeinsam mit der serologischen Untersuchung des Blutes das Vorhandensein der Lues zu erweisen. Natürlich müssen bei dieser Betrachtung die Fälle frühzeitiger Paralyse ausscheiden, bei denen selbst noch so früh eine eigene luische Infektion statt hatte. Es dürfte zweckmäßig erscheinen, die Fälle der progressiven Paralyse, denen eine acquirierte Lues vorausgegangen ist, von denen abzusondern, die auf dem Boden der hereditären Lues erwachsen sind, und, um nicht durch einen neuen Namen neue Verwirrung anzurichten, nur die Fälle der progressiven Paralyse als juvenile zu bezeichnen, bei denen die hereditäre Lues die Basis für die spätere Erkrankung abgibt. Die Fälle der progressiven Paralyse, die ebenfalls im jugendlichen Alter ausbrechen, denen aber eine eigene Infektion vorangegangen ist, könnte man hingegen als „Frühform der progressiven Paralyse" von der „juvenilen Paralyse" trennen.

Es sprechen außer dem ätiologischen Gesichtspunkte noch andere Gründe für diese Differenzierung. Erst in neuerer Zeit haben histologische Untersuchungen des Gehirns jugendlicher hereditär-luischer Paralytiker (*Sträußler*, *Ranke*[1]) gewisse Veränderungen, besonders in der Rinde des Kleinhirns, erkennen lassen, die nur auf eine frühe Entwicklungsstörung zurückgeführt werden können. So berichtet *Ranke*, daß er sie in 9 Fällen von jugendlicher Paralyse, die er untersuchte, stets hat nachweisen können, während er sie in 15 Fällen von kongenitaler Lues nur einmal fand, eine Tatsache, die es nicht wahrscheinlich macht, „daß diese Entwicklungsstörung ohne weiteres auf die fötale Lues zurückgeführt werden darf". Er fand ähnliche Veränderungen bei einem Alkoholdeliranten, dessen Vater an progressiver Paralyse gestorben war und der selbst keine Zeichen von Lues bot. Freilich sind diese Untersuchungen noch nicht abgeschlossen; doch ist immerhin angesichts der bisherigen Ergebnisse die Möglichkeit, die „juvenile Paralyse" auch histopathologisch als solche erkennen zu können, nicht von der Hand zu weisen. Daß der klinische Verlauf der hereditärluischen jugendlichen Paralytiker Besonderheiten bietet, hat schon *Alzheimer* zur Genüge dargetan; vor allem verdient hervorgehoben zu

[1]) *Ranke*, l. c.

werden, daß auch klinisch Entwicklungsstörungen auf körperlichem und geistigem Gebiete überaus häufig beobachtet worden sind. Schließlich spricht für die oben gegebene Einschränkung der „juvenilen Paralyse“ noch die Überlegung, ob denn überhaupt eine Einteilung nur nach dem Alter, in dem zufällig eine Erkrankung ausbricht, wie sie *Mingazzini* vorgeschlagen hat, wirklich angängig ist. Es wird wohl kaum jemandem einfallen, von einer „senilen Paralyse“ zu sprechen, wenn der Betroffene sich zufällig spät infiziert und in den 60er Jahren paralytisch erkrankt. Wo soll da die Grenze zu ziehen sein? Unter den Fällen, die *Alzheimer* aufführte, lag der späteste Beginn einmal im 21., einmal im 22. Lebensjahre. Besonders mit Rücksicht auf einen von *Charcot* beschriebenen Fall von hereditär-luischer Gehirnsyphilis bei einer 30 jährigen Frau betont *Alzheimer* die Möglichkeit, daß auch eine auf hereditär-luischer Basis entstandene Paralyse erst in den 30er Jahren zum Ausbruch kommt. In der Tat findet sich unter den von uns beobachteten Fällen ein Kranker, bei dem die ersten Erscheinungen der Paralyse in einem Alter von 32 Jahren aufgetreten sind.

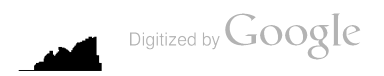
Auf Grund dieser Unterscheidung dürfte es uns gelingen, die juvenile Paralyse enger zu umgrenzen. Auch klinisch erscheinen unsere Fälle bemerkenswert, da sie von den früher beschriebenen in mancher Hinsicht abweichen. Sie sind geeignet, im Verein mit den seit *Alzheimer* und *Froelich* bekannt gewordenen Fällen das Krankheitsbild der juvenilen Paralyse in einzelnen Punkten zu modifizieren.

Ich gebe nachstehend zunächst die Krankengeschichten unserer jugendlichen Paralytiker wieder.

Erste Beobachtung:

I. Familienanamnese: Vater 1902 in der Irrenanstalt der Stadt Berlin zu Dalldorf an progressiver Paralyse gestorben; Mutter seit Jahren an Tabes dorsalis leidend. 3 Kinder wurden nicht lebensfähig geboren und starben bald nach der Geburt; 1 Kind wurde tot geboren. 2 Kinder sind Degenerierte mit epileptischen Zügen.

II. Eigene Anamnese: Walter F., geboren den 30. Dezember 1890. Patient ist von jeher schwächlich und eigen gewesen und war schwer zu erziehen. Mit sechs Jahren kam er zur Schule, war aber schon damals sehr eigensinnig, reizbar und unverträglich und lebte infolgedessen mit seinen



Mitschülern in fortwährendem Streit. Dabei beschwerte er sich oft über sie und erhob gegen sie eine Reihe von grundlosen Beschuldigungen. Er faßte schwer auf und lernte schlecht, blieb wiederholt sitzen und brachte es nur bis zur 3. Klasse. 12 Jahre alt kam er ins Waisenhaus, da die Mutter zu Hause nicht mehr mit ihm fertig werden konnte. Auch hier führte er sich so schlecht, daß er schließlich entlassen werden mußte. Seit dem 13. Jahre ist er in seiner körperlichen Entwicklung stehen geblieben und hat sich seitdem weder in der Gestalt noch in den Gesichtszügen verändert. Seit 1906 ist auch in seinen geistigen Fähigkeiten ein sichtlicher Rückgang eingetreten, so daß er weder wie bis dahin Botengänge besorgen noch überhaupt allein ausgehen konnte. Sein Eigensinn und seine Widerspenstigkeit haben noch zugenommen. Wenn ihm etwas nicht paßt, wirft er sich auf die Erde, schreit und lärmt; er beschimpft seine Mutter in nicht wiederzugebenden Ausdrücken, lügt sinnlos und macht auch sonst unsinnige Sachen. Er soll teure Bücher zerrissen, seinen Überzieher, seine Kleider, einen neuen Koffer zerschnitten haben. Häufig läßt er Urin und Stuhl unter sich gehen. Seit etwa 1½ Jahren hat seine Sehkraft bis zur völligen Erblindung abgenommen

III. Körperlicher Befund: 29. Mai 1907. Kleiner, schwächlicher Junge vom Aussehen eines 10—12 jährigen Knaben. Körpergewicht 28 Kilo. Am Körper keine Behaarung, auch nicht in den Achselhöhlen und am mons pubis. Füße und Hände blaurot verfärbt, fühlen sich feuchtkalt und weich an. 2. und 3. Zehen beider Füße an der Basis zusammengewachsen, Schwimmflossenbildung.

Innere Organe ohne nachweisbare Veränderungen.

Großer runder Schädel; stark vorspringendes Hinterhaupt. Augen etwas schräg stehend, von innen oben nach außen unten. Augenbeweglichkeit, soweit zu prüfen, frei. Kein Nystagmus. Fortwährendes Blinzeln. Beiderseits geringe Ptosis. Beide Pupillen entrundet, reagieren nicht auf Lichteinfall. Prüfung auf Konvergenz unmöglich. Nimmt nur Lichtschein wahr. Augenhintergrund: Papillen beiderseits porzellanweiß, Grenzen scharf, Gefäße normal. (Bild der einfachen genuinen Atrophie.)

Beim Herausstrecken der stark zitternden Zunge sieht man ein förmliches Wogen der Lippenmuskulatur. Der Kranke hat selbst ein Gefühl für diese Unsicherheit und hält die Zunge mit den Zähnen fest. Bewegungen der Zunge sind kaum möglich und werden äußerst ungeschickt ausgeführt. Die Sprache ist hastig, gelegentlich schlecht artikuliert und stolpernd.

Die Reflexe an den oberen Extremitäten sind lebhaft. Die Patellarreflexe sind gesteigert, die Achillessehnenreflexe fehlen.

Die Hautreflexe sind normal auslösbar. Babinski ist nicht vorhanden.

Die Schleimhautreflexe sind normal.

Es besteht ein lebhafter Tremor des ganzen Körpers, eine geringe Ataxie der unteren Extremitäten. Der Gang ist breitbeinig, ataktisch. Romberg findet sich nicht. Stehen auf einem Bein ist nicht möglich. Sensibilitätsstörungen sind nicht nachweisbar.

Der Urin ist frei von Eiweiß und Zucker.

IV. Geistiger Befund und Verlauf: Während der Kranke sich zunächst gesträubt hatte, auf die Abteilung zu gehen, und laut weinend nach seiner Mutter schrie, beruhigte er sich auf der Abteilung schnell und fing sofort an, sich lebhaft mit anderen Kranken zu unterhalten. Er lachte oft ohne Grund laut auf, weinte plötzlich, um bald wieder zu lachen, und erzählte viel und äußerst ungeniert von sich und seinen Angehörigen. Dabei verwickelte er sich häufig in Widersprüche. Auf diese aufmerksam gemacht, wurde er gereizt, drohte und schimpfte. Er hieß die anderen Kranken „Esel, Rindviehcher, Schweine", äußerte, daß er seine Mutter, „das verrückte, freche Ding", „die verrückte Hexe", „das Aas", bei der Polizei anzeigen werde, damit sie Gefängnis bekomme, und drohte, sie totschießen oder mit dem Beil erschlagen zu wollen. Außer seinem moralischen Tiefstand zeigte der Kranke auch hochgradige Gedächtnis- und Intelligenzdefekte. Von Christus hat er wenig gehört. „Ich weiß doch nicht, wer Christus war; ich bin doch nicht katholisch". Noch weniger von Bismarck. „Haben wir noch nicht gehabt." Als Hauptstadt von Deutschland nennt er Danzig. Preußen ist größer als Deutschland. Deutschlands Flüsse sind die Oder und das Meer. Die Oder fließt in das Indische Meer. Die Sonne geht im Himmel auf und auf der Erde unter. Der Kaiser heißt Wilhelm I., sein Vater Wilhelm II. 1870 war die Schlacht bei Sedan; „da starb Gustav Adolf den Heldentod und Friedrich der Große". 1 Pfund Blei ist schwerer als 1 Pfund Federn. Das Jahr hat 52 Wochen und 52 Tage; im Schaltjahr haben wir Ostern. Selbst einfache Rechenaufgaben werden höchst mangelhaft gelöst. Für den Wert des Geldes fehlt jedes Verständnis. Unterschiedsfragen werden nicht aufgefaßt. Dabei ist im allgemeinen die Auffassung des Kranken nicht gerade schlecht. Er merkt, wenn ein neuer Kranker auf die Abteilung kommt, behält seinen Namen und prägt sich auch einzelne Erlebnisse auf der Abteilung dauernd ein. Über den Wochentag und das Datum zeigt er sich stets orientiert. Für gewöhnlich ist er euphorisch und völlig einsichtslos für seine schwere Erkrankung sowie für den Zweck seines Hierseins, zeigt aber mitunter einen lebhaften Stimmungswechsel. Auf der Abteilung fühlt



er sich wohl, bleibt zu Bett, ist zuweilen unrein und lacht oder schreit oft unmotiviert auf. Anfangs stand er unter dem Einfluß eines außerordentlichen Rededrangs. Er sprach viel allein vor sich hin, erzählte und sang, was ihm gerade einfiel, und zeigte dabei deutliche Neigung zu Perseverationen. Allmählich ist er stiller und stumpfer geworden. Kommt man aber auf seine Schulzeit, auf sein Betragen zu Hause, seine Unsauberkeit zu sprechen, so leugnet er alles, beschimpft seine Mutter rücksichtslos in wenig gewählten Ausdrücken und schreit sich oft direkt in Wut. Ja, er behauptet, seine Schulleistungen seien stets gut gewesen, er will sogar eine „Prämie" bekommen haben; sein Betragen sei immer einwandsfrei gewesen, seine Mitschüler, seine Lehrer hätten ihn alle gern gehabt; er habe viel Freunde; er habe auch hier mit dem „Oberdoktor" und dem Professor Freundschaft geschlossen. Alle diese Angaben wiederholen sich, so oft man ihn danach fragt, und können wohl ungezwungen als seiner kindlichen Auffassung angemessene Größenideen gedeutet werden. In der letzten Zeit sind neue Größenideen hinzugekommen. So behauptete er zum Beispiel wiederholt, daß er auf der Realschule oder dem Gymnasium gewesen, daß er bis zur Oberprima gekommen sei, daß er 143 oder gar 180 Pfund wiege. Gelegentlich bat er bei einem Besuche seine Mutter, ihm eine Schnurrbartbinde mitzubringen. Seiner Erblindung steht er völlig kritiklos gegenüber; er glaubt, wenn er erst eine Brille bekommt, wieder sehen zu können. Zuweilen erzählt er konfabulatorisch, er habe Zeitung gelesen und sich Bilder betrachtet. Seine Konfabulationen erstrecken sich auch auf andere Gebiete; so berichtet er, daß seine Mutter wieder geheiratet habe, daß er eine 4 jährige Schwester zu Hause habe u. a. Seine Reizbarkeit ist allmählich stärker geworden. Er schimpft und schreit oft stundenlang; zuweilen wiederholt er einzelne Worte verbigeratorisch ungezählte Male. Die Ataxie hat zugenommen. Die Erblindung ist fortgeschritten, so daß auch Lichtschein nicht mehr wahrgenommen wird. Die Sprache ist allmählich immer verwaschener geworden und nur noch sehr schwer verständlich.

V. Cyto- und Serodiagnose: Der Liquor cerebrospinalis enthielt bei wiederholten Untersuchungen eine leichte Vermehrung des Eiweißgehaltes und eine reichliche Vermehrung von Lymphozyten. Serodiagnostisch war die Spinalflüssigkeit und das Blutserum positiv.

Zweite Beobachtung:

I. Familienanamnese: Vater leidet an Tabes dorsalis. Mutter anscheinend gesund. 1 Cousine der Mutter geisteskrank. Vor der Geburt der Patientin drei Totgeburten.

II. Eigene Anamnese: Maria W., geboren den 13. September 1887. Kurze Zeit nach der Geburt trat ein bläschenartiges Exanthem auf, das auf Sublimatumschläge in 14 Tagen heilte. Mit 5 Wochen traten Krämpfe auf, die 8 Tage anhielten, dann aber nicht wiederkehrten. Bis zum Alter von ½ Jahr soll Patientin viel geschrien haben. Sie soll sich sonst normal entwickelt haben, lernte mit 5/4 Jahren sprechen und laufen und kam mit 5 Jahren zur Schule, wo sie zunächst gut lernte. Im Alter von 7 Jahren trat ein Rückgang ein. Die Kranke wurde läppisch, kam in der Schule nicht mehr mit, sondern ging im Lesen und Schreiben zurück. Das Sehvermögen nahm ab. Die Bewegungen, der Gang wurden steif und ungeschickt. Sie fiel oft hin, zeigte ein eigentümlich aufgeregtes Wesen und machte allerlei Verkehrtheiten. Im Sommer 1895 litt sie an Masern. Nach dieser Erkrankung verschlimmerte sich der Zustand noch weiter. Besonders wurde die Sprache schlechter, oft geradezu unverständlich. Zugleich klagte Patientin über Müdigkeit in den Beinen. Im Dezember 1895 suchte sie zum erstenmal unsere Poliklinik auf. Es fanden sich damals: weite, lichtstarre Pupillen, gesteigerte Patellarreflexe, leichte Ataxie der Beine, schwankender Gang, Romberg, unzweckmäßige Mitbewegungen bei aufgetragenen Bewegungen, ataktische unleserliche Schrift, paralytische Sprachstörung, euphorische Stimmung und leichte Demenz. Die Diagnose wurde auf progressive Paralyse gestellt. Vom 4. Januar 1896 bis 10. Februar 1896 war die Kranke in der städtischen Irrenanstalt; auch hier lautete die Diagnose: progressive Paralyse. Aus der Krankengeschichte verdient hervorgehoben zu werden, daß neben dem „erheblichen Schwachsinn" „eine unverhältnismäßig gute Merkfähigkeit für die Kranke interessierende Dinge" beobachtet wurde. Im Mai 1903 stellte sie sich abermals in unserer Poliklinik vor. Der ganze Zustand hatte sich in der Zwischenzeit gebessert; namentlich Sprache und Gang waren besser geworden. Sie soll aber bildungsunfähig geblieben und auch in der Hilfsschule nicht fortgekommen sein. Sie war zu keiner Arbeit recht zu gebrauchen und stets außerordentlich reizbar. Zum drittenmal suchte sie im Sommer 1907 unsere Poliklinik auf. Die Eltern teilten uns mit, daß der Zustand sich im allgemeinen nicht geändert habe. Mit den Geschwistern verträgt sie sich nicht recht. Zuweilen ergeht sie sich in läppischen Konfabulationen, sie sei von vornehmer Herkunft, ihre Hochzeit stehe bevor, die Wagen ständen vor der Türe, sie habe seidene Kleider. Einmal blieb sie 2 Tage von Hause fort, weil sie das Essen, das sie dem Vater bringen sollte, vergossen hatte und Strafe fürchtete; einmal trieb sie sich mit einem Herrn 4 Tage umher. Häufig sollen Schwindelanfälle auftreten, in

denen sie sich festhalten müsse. Die Kranke wurde vom 14. Juni 1907 bis 13. Juli 1907 und vom 10. Dezember 1907 bis 14. Dezember 1907 in unserer Klinik beobachtet.

III. Körperlicher Befund: Mittelgroßes, schwächlich gebautes, mäßig genährtes Mädchen. Körpergewicht 46 Kilo. Innere Organe ohne krankhaften Befund.

Pupillen mydriatisch, gleich weit, rund, auf Lichteinfall nicht reagierend; Konvergenzreaktion eben angedeutet. Augenbewegungen frei. Augenhintergrund normal. Zunge gerade, gut beweglich, zittert. Keine auffallenden Mitbewegungen im Gesicht. Gesichtsmuskulatur gut und gleich innerviert. Beim Sprechen leichtes Anstoßen mit der Zunge; Sprache mitunter etwas schwerfällig.

Obere Extremitäten: Reflexe +, nicht gesteigert. Motorische Kraft nicht merklich herabgesetzt. Leichte spastische Erscheinungen der linken Hand. Keine Ataxie bei Zielbewegungen. Ungeschicklichkeit der feinen Fingerbewegungen, besonders beim Tasten, links ausgesprochener als rechts; kann sich nur sehr mühsam Knöpfe aufknöpfen. Links leichte Herabsetzung der Gelenkempfindung.

Untere Extremitäten: Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert; beiderseits Andeutung von Patellar- und Fußklonus. Beiderseits Spasmen und Babinskisches Phänomen. Mäßige Ataxie in Rückenlage. Motorische Kraft der Dorsalflexion beider Füße, besonders rechts, herabgesetzt. Geringe Herabsetzung der Kraft der Kniebeuger.

Gang ataktisch. Beim Gehen Mitbewegungen seitens der Dorsalflexoren der Zehen. Kein Romberg. Eigentümlich unruhiges zappliges Wesen; keine eigentlichen choreatischen Bewegungen.

Die Menstruation ist normal.

IV. Geistiger Befund und Verlauf: Die Kranke zeigt ein läppisches, albernes, recht ungeniertes Wesen und lebt ohne besondere Wünsche oder Klagen stumpf heiter in den Tag hinein. Sie ist sehr redselig und geschwätzig, euphorisch und leicht zu beeinflussen. Doch neigt sie zu plötzlichem unmotivierten Stimmungswechsel und zeigt eine gesteigerte Reizbarkeit. Ihre Fähigkeiten im Rechnen, Lesen und Schreiben sind hochgradig mangelhaft; ihre Kenntnisse sind recht dürftig. Es fehlt ihr jedes Situationsverständnis. Die Aufmerksamkeit ist dauernd leicht abgelenkt, die Auffassung für etwas komplizierte Vorgänge erschwert. Die Merkfähigkeit für Zahlen und andere Dinge, die sie nicht besonders interessieren, ist vollständig aufgehoben. Auf einigen, eng umgrenzten Gebieten weiß sie ganz gut Bescheid, während ihr wieder auf anderen die einfachsten Begriffe und Vorstellungen fehlen. Für diese

Defekte hat sie eine gewisse Einsicht, aber kein Verständnis. Sie neigte auch in der Klinik zu Konfabulationen und erging sich in läppischen Äußerungen renommistischer Natur, alles interessiere sie, sie wolle alles lernen, sie wolle Arzt werden oder wenigstens Pflegerin. Wiederholt wurden Schwindelanfälle beobachtet. Einmal trat, als sie den Arzt sprechen wollte und dieser nicht bald erschien, ein schwachsinniger Erregungszustand auf, in dem sie schrie, schimpfte und sich auf dem Bett und dem Fußboden umherwälzte. Auch zur Zeit der Menstruation zeigte sie eine gesteigerte Unruhe; sie stöhnte laut auf, wurde ängstlich und klagte, sie sehe, sobald sie die Augen schließe, schreckliche Gestalten und Bilder. Auf begütigendes Zureden trat jedesmal sehr schnell Beruhigung ein. In letzter Zeit haben sich hypochondrische Sensationen und Vorstellungen ausgebildet: sie habe ein Geschwür im Rücken, die Eingeweide seien voll Eiter, der Magen reiße sich los, die Sehnen in den Beinen seien zu kurz, sie habe ein Gefühl, als ob das Gehirn los sei, als ob es keine Haut habe u. a. m.

V. Zyto- und Serodiagnose: Die Lumbalpunktion wurde dreimal vorgenommen. Jedesmal zeigte die Spinalflüssigkeit eine sehr starke Vermehrung der Lymphozyten; serodiagnostisch war sie bei der ersten und dritten Untersuchung negativ, bei der zweiten schwach positiv. Das Blutserum ergab eine stark positive Reaktion. Der Eiweißgehalt der Spinalflüssigkeit betrug 2½ Teilstriche. (Gemessen nach *Nissls* Angaben.)

Dritte Beobachtung:

I. Familienanamnese: Vater der Mutter verschollen. Eltern angeblich gesund; Untersuchung nicht gestattet. Vater Trinker. 3 Aborte; 3 Kinder in den ersten Monaten gestorben.

II. Eigene Anamnese: Hermann P.; geboren den 10. Oktober 1888. Normale Geburt und Entwicklung. Als Kind Masern; sonst stets gesund. In der Schule gut gelernt; wurde nach der Schulzeit Dachdeckerlehrling und bestand am 29. Oktober 1906 seine Gesellenprüfung mit gutem Erfolge. Anfang Oktober 1906 erlitt er einen Unfall leichter Art — beim Forttragen einer Leiter stolperte er und fiel mit der Leiter zur Erde. Seitdem ist er nach Aussagen der Eltern geistig und körperlich zurückgegangen. Er soll allmählich stumpf und blöde geworden sein. Seine Sprache wurde immer schlechter. Er selbst wurde ungeschickt und unsauber und ließ schließlich Urin und Stuhl unter sich gehen. Die Angaben der Eltern sind nur mit Vorsicht aufzunehmen, da sie sichtlich bemüht sind, das Leiden ihres Kindes mit dem erwähnten Unfall in ur-



sächlichen Zusammenhang zu bringen, und die Gewährung von Rente beim Schiedsgericht beantragt haben. Aus den Akten geht indessen hervor, daß der Unfall tatsächlich nur sehr leichter Natur gewesen ist. Außerdem gab ein Zeuge an, daß Patient bereits vor dem Unfall nicht ganz geisteskla r gewesen sei und mitunter irre Reden geführt habe. Ein weiterer Zeuge sagte aus, daß Patient zu der Dachdeckerarbeit körperlich etwas zu schwach war und auch keine besondere Veranlagung dazu zeigte. Endlich erscheint eine weitere Aussage bemerkenswert, daß nämlich Patient bereits im Sommer 1906, wenn ihm die Arbeit nicht von der Hand ging oder er sich nicht recht zu helfen wußte, fluchte und gleichzeitig weinte. Auch sei er einmal sehr niedergeschlagen gewesen, weil er nicht ordentlich wachse und weil insbesondere sein Geschlechtsteil nur ganz klein sei. Patient wurde vom 20. August 1907 bis 17. Mai 1908 in unserer Klinik verpflegt.

III. Körperlicher Befund: Patient ist in der körperlichen Entwicklung sehr zurückgeblieben; er zeigt das Aussehen eines etwa 13jährigen Jungen. Er macht einen durchaus idiotenhaften Eindruck und zeigt auch ebensolches Gebahren. Er geht breitbeinig, nicht eigentlich ataktisch, aber im ganzen schwerfällig. Er zieht sich nicht allein an oder aus und ißt nicht allein; ja, er hilft nicht einmal mit, wenn ihm geholfen wird. Er widerstrebt jeder körperlichen Untersuchung; Aufforderungen kommt er nur sehr selten nach.

Augenbewegungen frei. Pupillen über mittelweit, r. > l., etwas verzogen; sie reagieren weder auf Lichteinfall noch Konvergenz. Augenhintergrund normal. Gesichtsmuskulatur gut und gleich innerviert.

Die Zunge zittert stark; sie wird ruckweise vorgestoßen und stets sofort wieder zurückgezogen. Die Sprache ist hochgradig gestört und meist völlig unverständlich. Beim Sprechen fällt ein sehr starkes Vibrieren der Gesichtsmuskulatur auf.

Die Haut-, Schleimhaut- und Periostreflexe sind lebhaft. Die Sehnenreflexe sind gesteigert. In Armen und Beinen finden sich Spasmen und geringe Ataxie. Babinskisches Phänomen ist nicht vorhanden. Romberg +.

Grobe Sensibilitätsstörungen sind nicht nachweisbar. Eine exakte Prüfung ist infolge der geistigen Störung des Patienten nicht durchführbar. Die Schrift ist hochgradig gestört. Innere Organe gesund.

IV. Geistiger Befund und Verlauf: Bei der Aufnahme war Patient mutazistisch. Seine Auffassungsfähigkeit war dauernd sehr erschwert. Auch späterhin war eine eingehende psychische Exploration unmöglich, da er stets fast sofort versagte und die Sprache nahezu unverständlich war. Meist reagierte Patient auf Fragen mit verständnislosem, tölpelhaftem Lachen. Nur gelegentlich konnten

wir wenige Äußerungen von ihm erhalten, die auf seine hochgradige Demenz schließen ließen. Er zeigte eine starke Neigung zu Perseverationen. Mitunter tat er Äußerungen, die wir als kindliche Größenideen zu deuten geneigt sind: er habe gut gelernt in der Schule, er sei der beste Junge, der Herr Pfarrer und der Fürst seien ihm gut, er habe viel Geld verdient und bekomme viel Geld vom Fürsten, 20 und 100 Mark. Zeitweise erging er sich in ängstlichen Konfabulationen, die Eltern seien tot, die Geschwister seien verunglückt. Einmal schimpfte er, weil die Fensterscheiben eingeschlagen und ihm die Scherben auf den Kopf geworfen würden; einmal weinte er, weil er vergiftet sei und nun immerfort ausspucken müsse; dann wieder rief er um Hilfe, weil das Wasser hoch steige; dann wieder, weil alles in Flammen stände. Anfangs war er sehr unruhig, schrie und lärmte. Allmählich ist er ruhiger geworden. Im Bett nahm er oft sonderbare Stellungen ein. Er ging zu anderen Kranken, versuchte sie zu umarmen und legte sich auch gern in fremde Betten. Er weinte oder lachte oft vor sich hin, schrie ganz unmotiviert auf und zeigte überhaupt einen sehr ausgesprochenen Stimmungswechsel. Auch war er sehr reizbar, abweisend und widerstrebend. Wenn er umgebettet werden sollte, setzte er sich energisch zur Wehr und biß nach den Pflegern. Zeitweise zeigte er echopraktische und echolalische Symptome, verbigerierte und machte eigentümliche stereotype Bewegungen. Urin und Stuhl ließ er häufig, zuletzt dauernd unter sich gehen und schmierte auch mit Kot. Verschiedentlich wurden meist schnell vorübergehende Temperatursteigerungen beobachtet. Die Spasmen in den Beinen nahmen allmählich zu und bildeten sich schließlich zu Kontrakturen aus. Im März dieses Jahres traten wiederholt paralytische Anfälle mit Zuckungen in der linken Körperhälfte auf. Der Kranke verfiel schnell mehr und mehr. Trotz Dauerbad entstanden an allen aufliegenden Körperteilen Dekubitalgeschwüre. Sobald man sich dem Kranken näherte, fing er in eigentümlich meckernder Weise zu schreien an. Hielt man ihm irgendwelche Gegenstände vor den Mund, so erfolgte eine Saugbewegung. Im Mai dieses Jahres wiederholten sich die paralytischen Anfälle. Am 17. Mai 1908 trat der Exitus ein.

V. Zyto- und Serodiagnose: Die Spinalflüssigkeit enthielt eine ungewöhnlich hochgradige Vermehrung von Lymphozyten; sie war serodiagnostisch ebenso wie das Blutserum positiv.

VI. Sektionsergebnis: Stark vorgewölbte Tubera frontalia. Schädeldach kompakt; wenig Diploë. Dura blaß, glatt, nicht verwachsen. Hydrocephalus externus. Pia über dem Stirnhirn etwa bis zur Zentralwindung leicht getrübt und derb, namentlich über den Sulci, sonst glatt und zart. Gefäße zart. Sulci, besonders im Stirnhirn, verbreitert. Gyri

entsprechend verschmälert, fühlen sich stellenweise derb an. Hirngewicht 900 Gramm. Rinde auf dem Durchschnitt sehr schmal. Hydrocephalus internus. Ependym in den Buchten der Seitenventrikel und besonders im 4. Ventrikel fein granuliert. Sonst keine makroskopisch erkennbaren Veränderungen.

Linker Seitenstrang des Rückenmarks, vom Halsmark abwärts nach unten zunehmend, grauglasig.

Tuberculosis pleurae dextrae recens. Tuberculosis pulmonis dextri. glandularum lymph. bronch. et jugul. Ulcus tubercul. ilei. Tuberculosis glandul. mesenterial. Hyperplasia pulpae lienis. Hypoplasia testiculorum. Atrophia universalis. Decubitus.

VII. Mikroskopischer Befund: (Dr. *Schroeder.*) Nisslpräparate von einigen Stücken des Stirnhirns, der Zentralwindungen und der Gegend der Fissura calcarina: Grobe Veränderungen des Rindenbaus: an dicht neben einander liegenden Stellen oft sehr verschieden stark. Im Vordergrund steht dabei die Verödung der Rinde an Ganglienzellen, die Verwischung des normalen Aufbaus; dazu kommt sehr starke Gliawucherung: zahlreiche Gliazellen mit großen, meist blassen, opaken Leibern, daneben an manchen Stellen kleinere Formen der Nisslschen „gemästeten" Elemente. Gliazellen der ersten Schicht überall vermehrt, stellenweise so erheblich, daß sich die erste Schicht von der zweiten nicht abhebt. Zahlreiche neugebildete Gefäßschlingen, an einzelnen Stellen des Stirnhirns so dicht gedrängt, daß der Eindruck von narbigem Granulationsgewebe entsteht.

Plasmazellen um die Gefäße auf allen Schnitten nachweisbar, aber vielfach nur in geringen Mengen; spärlich zumeist auch in den stark verödeten Gebieten; an anderen Stellen charakteristische dicke Plasmazellenmäntel um die Gefäße. Relativ viele Mastzellen. Intima der Gefäße an vielen Orten in mäßigem Grade gewuchert. In den Gebieten der stärkeren Verödung oft massenhafte Stäbchenzellen. Diffuse Infiltration der Pia mit Plasmazellen und Lymphozyten.

Rückenmark auf Weigert-Palpräparaten: Hinterstränge im oberen Teil des Rückenmarks diffus leicht gelichtet, in den unteren Teilen lassen sich zwei symmetrische, parallel dem Septum gestellte und hakenförmig nach außen ausbiegende Felder erkennen. Pyramiden-Seitenstränge im unteren Lendenmark als degenerierte Zonen deutlich abzugrenzen, im Hals- und Brustmark mehr diffuse Lichtung.

Vierte Beobachtung:

I. Familienanamnese: Eltern leben, angeblich gesund, luische Infektion nicht zugegeben; körperliche Untersuchung nicht gestattet. Erstes Kind tot geboren; zweites Kind Patient: drittes Kind nach Bericht der hiesigen Hautklinik hereditär luisch. (Keratitis parenchymatosa, Knochengummi am linken

Stirnbein, gummöse Prozesse in der Kniekehle, ulzeröse Prozesse am weichen Gaumen und septum narium.)

Eigene Anamnese: Walter B., geboren am 24. Juni 1891. Schwangerschaft und Geburt normal. Kam nicht sehr kräftig zur Welt; wurde nur 4 Wochen von der Mutter genährt. Normale Entwicklung. Lief und sprach mit 1½ Jahren. Hat viel Krankheiten durchgemacht: mit 3 Jahren Lungenentzündung, mit 5 Jahren Masern und Scharlach, im 6. Jahre Windpocken, mit 12 Jahren Gürtelrose. Besuchte vom 6. bis 10. Jahre die Bürgerschule mit gutem Erfolg. Kam dann auf das Gymnasium, das er nach 2 Jahren im 12. Lebensjahre verlassen mußte, weil er dem Unterricht nicht mehr folgen konnte. Auch in der Fortbildungsschule, in die er daraufhin aufgenommen wurde, machte sich ein deutlicher Rückgang bemerkbar. Er wurde immer zerstreuter und faseliger, hatte am Schluß des Schuljahres in sämtlichen Fächern die schlechteste Note und blieb sitzen. Zudem wurde er zänkisch, ärgerlich und aufgeregt, weinte bei jeder Kleinigkeit und litt an häufigem Erbrechen. Die Eltern gaben ihn nun zu einem Drogisten in die Lehre, mußten ihn aber bald wieder nach Hause nehmen, da er nichts erfaßte, zu ängstlich war und immerfort weinte. Die Sprache soll schon immer etwas undeutlich gewesen sein. Im März 1907 (paralytischer Anfall) fand ihn die Mutter eines Tages auf der Erde liegend; er hatte erbrochen, die linke Seite war gelähmt und der Mund nach links verzogen. Der Kranke war nicht imstande zu sprechen. Am nächsten Tage kehrte die Sprache wieder; sie war hochgradig verschlechtert. Die Lähmung verschwand erst allmählich im Laufe von 8 Tagen. Seitdem blieb aber eine paralytische Sprachstörung und eine Erschwerung der Urinentleerung bestehen. Auch war der Kranke von da an „tapsig und taperig" und litt viel an Erektionen. Im August 1907 wurde ein zweiter Anfall, diesmal ohne Sprachverlust, beobachtet, nach dem ebenfalls eine sich in einigen Tagen allmählich bessernde Lähmung der linken Seite zurückblieb. Der Kranke wurde vom 25. September 1907 bis 28. November 1907 in unserer Klinik behandelt.

III. Körperlicher Befund: Kleiner schwächlicher Junge, etwas in der körperlichen Entwicklung zurückgeblieben. Schlaffer, nichtssagender Gesichtsausdruck. Innere Organe ohne krankhaften Befund. Dauernde Pulsbeschleunigung. Beiderseits leichte Ptosis, links eine Spur mehr als rechts. Augenbewegungen frei. Rechte Pupille weiter als die inke. Beiderseits weder Licht- noch Konvergenzreaktion. Augenhintergrund normal. Parese des linken Mundfazialis. Zunge gerade, wird nicht ruhig gehalten, sondern ruckweise vorgestoßen und zurückgezogen. Zungenbewegungen sehr ungeschickt. Armreflexe sehr lebhaft, links mehr als rechts. Patellar- und Achillessehnenreflexe

gesteigert. Beiderseits Andeutung von Patellarklonus. Haut- und Schleimhautreflexe +. Links Babinskisches Phänomen. Romberg positiv.

Zittern der Hände. Hochgradige Ungeschicklichkeit der feinen Fingerbewegungen. Spasmen in Hüft- und Kniegelenken, links mehr als rechts. Schlaffe Fußgelenke. Ataxie der Beine in Rückenlage. Gang breitbeinig ataktisch. Hyperalgesie.

Paralytische Sprach- und Schriftstörung. Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur.

IV. Geistiger Befund und Verlauf: Der Kranke zeigte eine beträchtliche Demenz und Kritiklosigkeit sowie einen sehr ausgesprochenen Stimmungswechsel. Er war ungewöhnlich reizbar und leicht erregt. Er lag dauernd zu Bett, äußerte auch nie den Wunsch, aufstehen zu dürfen, beschäftigte sich nicht, zeigte ein kindisch läppisches Benehmen, lachte oft grundlos auf, ging mit dem Essen sehr unsauber um, grimassierte viel und machte stundenlang schmatzende Bewegungen mit dem Munde. Es fehlte ihm jedes Krankheitsgefühl, jedes Verständnis für die Situation. Einmal wurde ein Schwindelanfall beobachtet, in dem der Kranke aus dem Bett fiel. Nach Beendigung einer Schmierkur, die übrigens ohne Einfluß auf das Krankheitsbild blieb, wurde der Kranke auf Wunsch der Eltern am 28. November 1907 entlassen. Auf unsere Anfrage teilte der Vater am 17. Juli 1908 mit, daß der Kranke „geistig wie körperlich bedeutend weniger sei; er müsse das Bett hüten, da er nicht imstande sei, längere Zeit zu sitzen. Zweimal habe er wieder Gehirnkrämpfe gehabt, von denen er sich schnell erholte. Er sei gut und klage nie über Schmerzen".

V. Zyto- und Serodiagnose: Die Lumbalpunktion wurde zweimal ausgeführt. Die Spinalflüssigkeit zeigte das erstemal eine geringe, das zweitemal eine starke Vermehrung der Lymphozyten. Serodiagnostisch war sie ebenso wie das Blutserum stark positiv.

Fünfte Beobachtung[1]):

I. Familienanamnese: Vater 1891 im Alter von 39 Jahren an progressiver Paralyse in der städtischen Irrenanstalt Breslau gestorben. Mutter seit 1896 an Tabes dorsalis leidend. Oktober 1883 erster Partus: das Kind

[1]) Vorliegender Fall ist in der Inauguraldissertation von Dr. *Kutner* (Breslau 1900) „Über juvenile und hereditäre Tabes dorsalis" als Tabes incipiens mitgeteilt worden. Dieser Arbeit sind die angeführten Daten zum Teil entnommen.

7 Monate alt, kam tot zur Welt; die Haut war am Bauche und an den Fußsohlen losgelöst. Oktober 1884 zweite Totgeburt mit 8 Monaten. Darauf machte die Mutter im Februar 1885 eine vierwöchentliche Schmierkur mit ihrem Manne durch. 20. Oktober 1886 Geburt eines ausgetragenen lebenden Kindes. (Patientin.) Sommer 1887 Abort mit 3 Monaten. 1889 Geburt eines ausgetragenen Kindes in Steißlage, das während der Extraktion starb.

II. Eigene Anamnese: Margarethe A., geboren am 20. Oktober 1886. Schwere, über 2 Tage dauernde Geburt, die aber ohne ärztliches Eingreifen vonstatten ging. Haut während der ersten 8 Lebenstage gelblich. Mit 6 Wochen zeigten sich Beulen am Nacken und Rücken, die vom Arzt geschnitten wurden und angeblich Eiter entleerten. Mit 5 Jahren Masern und Diphtherie. Körperliche und geistige Entwicklung normal. Patientin besuchte mit 6 Jahren die Schule und kam immer gut fort. „Im Sommer 1896 begann sie zeitweise über Kopfschmerzen zu klagen, kurze Zeit darauf auch über leichtes Reißen in den Beinen. Diese letzteren Beschwerden führte sie darauf zurück, daß sie zu jener Zeit einen großen Teil des Tages sich in dem feuchten Verkaufsladen ihrer Mutter aufhalten mußte. Anfang Januar 1897 kam sie zum erstenmal in unsere Poliklinik, wesentlich nur mit der Klage über anfallsweise auftretenden Kopfschmerz. Die Untersuchung ergab als einzigen objektiven Befund: beiderseits lebhafte Patellarreflexe und eine auffallende Ungleichheit beider Pupillen, indem die rechte bedeutend enger war als die linke; die Reaktion beider war eine prompte sowohl bei Konvergenzeinstellung der Augenachsen als auch auf Lichteinfall. Ende gleichen Monats bemerkte sie, daß sie beim Wasserlassen häufig sehr lange pressen mußte, daß es einige Male sogar ganz unmöglich war. Sie entzog sich dann der weiteren Beobachtung und kam erst Ende November 1899 zum zweiten Male in die poliklinische Sprechstunde, auch jetzt wesentlich nur mit der Klage über anfallsweise auftretende Kopfschmerzen. Diese waren auch in der Zwischenzeit nie ganz verschwunden, die Anfälle häuften sich aber jetzt zusehends. Erbrechen war niemals vorhanden. Erschwerung des Wasserlassens war auch öfters eingetreten, dazu aber in der letzten Zeit auch einige Male unfreiwilliger Urinabgang bei Tage und in der Nacht. Die Untersuchung ergab folgendes: Mittelgroßes, gut genährtes Mädchen mit etwas blasser Gesichtsfarbe. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt nur geringes Schwanken ein, das beim Bücken und Wenden etwas stärker wird, das Gehen zeigt keine Veränderungen. In der Rückenlage zeigt sich beim Erheben der Beine geringe, aber deutliche Ataxie, die bei komplizierteren Bewegungen und Augenschluß zunimmt; die oberen Extremitäten sind frei. Die Patellar- und Achillessehnenreflexe sind beiderseits gleich lebhaft (Klonus ist nicht auszu-

lösen), die Trizepsreflexe sind vorhanden. Die passive Beweglichkeit in den Kniegelenken ist wenig erhöht. Die Hautreflexe sind lebhaft, besonders der Bauchreflex, der auch durch Streichen der Brust, der Vorder- und Innenseite der Oberschenkel zu erhalten ist. Die Kraft und die Konsistenz der Muskulatur ist überall eine gute. Die Prüfung der Hautsensibilität ergibt eine deutliche, konstante Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit am Thorax in einer Zone, die sich nahezu gürtelförmig in einer Breite von ungefähr 6 bis 8 cm zu beiden Seiten der Mammillae herum zieht, in die Achselhöh'en und eine geringe Strecke auch auf die Innenseite der Oberarme übergeht. Auch die Schmerzempfindung ist in diesem Bezirke, allerdings mehr inselförmig und nicht so deutlich abgrenzbar, gestört. Die Temperaturempfindungen, geprüft nach der Goldscheiderschen Skala, zeigen normales Verhalten. Leichte passive Bewegungen werden an den Zehen undeutlich oder gar nicht empfunden. Die rechte Pupille ist enger als die linke und gleicht einem liegenden Oval, beide Pupillen sind starr bei Lichteinfall, verengen sich aber prompt bei Konvergenzstellung der Augenachsen. Beiderseits besteht ein mäßiger Grad von Astigmatismus, Sehschärfe auf beiden Augen = $^1/_2$. Der Augenhintergrund zeigt nichts Abnormes, das Gesichtsfeld ist frei. Der Bildungsgrad entspricht dem genossenen Schulunterricht und der Umgebung, in der sie aufgewachsen ist; die Urteilskraft ist gut, auch das Gedächtnis und die Merkfähigkeit zeigen keine Störungen." Die Diagnose wurde damals auf Tabes incipiens gestellt.

Am 12. Dezember 1907 suchte die Kranke zum drittenmal unsere Poliklinik auf. Sie klagte über anfallsweise auftretenden Kopfkrampf, der mit Erbrechen endet, und über im ganzen Körper herumziehende Schmerzen, die mitunter eine außerordentliche Heftigkeit erreichen. Nach Angaben der Mutter ist seit etwa 3—4 Jahren ein deutlicher Rückgang der geistigen Fähigkeiten eingetreten. Das Gedächtnis hat nachgelassen; die Kenntnisse sind mehr und mehr geschwunden; die Kranke „ist blöde geworden". Sie bringt keine Arbeit mehr recht fertig. Was sie genäht hat — sie ist Näherin —, trennt sie wieder auf. Während sie früher die Mutter mit Geld unterstützt hat, verdient sie jetzt gar nichts mehr. Sie weint viel, wechselt sehr in der Stimmung und ist außerordentlich reizbar geworden. Sie geht seit längerer Zeit unsicher; das Treppensteigen fällt ihr schwer; sie stolpert leicht. Die Blasenstörungen sind geschwunden. Die Menstruation ist noch nicht eingetreten.

III. Körperlicher Befund: Die Kranke sieht jünger aus als sie ist; sie macht den Eindruck eines etwa 15—16-jährigen Mädchens. Geringe Prognathie. Blasse, fahle Hautfarbe.

Beide Lidspalten ungewöhnlich weit. Geringe Protrusio bulbi beiderseits. Augenbewegungen frei. Rechte Pupille weiter als die linke; beide verzogen. Lichtreaktion fehlt; gute Konvergenzreaktion. Augenhintergrund normal. Gesichtsinnervation beiderseits gut. Zähne defekt. Steiler Gaumen. Würgreflex lebhaft; Prüfung zunächst erschwert, da die Kranke auf den eingeführten Mundspatel beißt und ihn mit den Zähnen festhält.

Zunge gerade, gut beweglich, zittert. Zittern der Finger. Kein Romberg. Armreflexe lebhaft. Keine Ataxie; auch feine Fingerbewegungen werden gut ausgeführt.

Patellar- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Ataxie der Beine in Rückenlage, Gang ungeschickt, breitbeinig ataktisch. Hautreflexe +. Kein Babinski.

Schlaffe Gelenke. Hastige, zuweilen etwas verwaschene Sprache; typische Störung bei den üblichen Paradigmaten. Leichte paralytische Schriftstörung. Sensibilitätsstörungen sind nicht mehr nachweisbar; auch die Bewegungs- und Lageempfindung ist gut. Innere Organe ohne krankhafte Veränderungen.

IV. Geistiger Befund: Die Kranke zeigt eine beträchtliche Störung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit, starke Intelligenzdefekte, lebhaften Stimmungswechsel, mangelnde Krankheitseinsicht, gesteigerte Reizbarkeit sowie ein eigentümlich läppisch-dementes Verhalten. Sie lachte während der Untersuchung viel vor sich hin, grimassierte, spielte mit den Fingern, gähnte, meinte, es sei ihr langweilig; ob denn die Ärzte alles wissen müßten.

V. Zyto- und Serodiagnose: Der Liquor cerebrospinalis enthält eine reichliche Vermehrung der Lymphozyten. Serodiagnostisch ist die Spinalflüssigkeit und das Blutserum positiv.

Sechste Beobachtung:

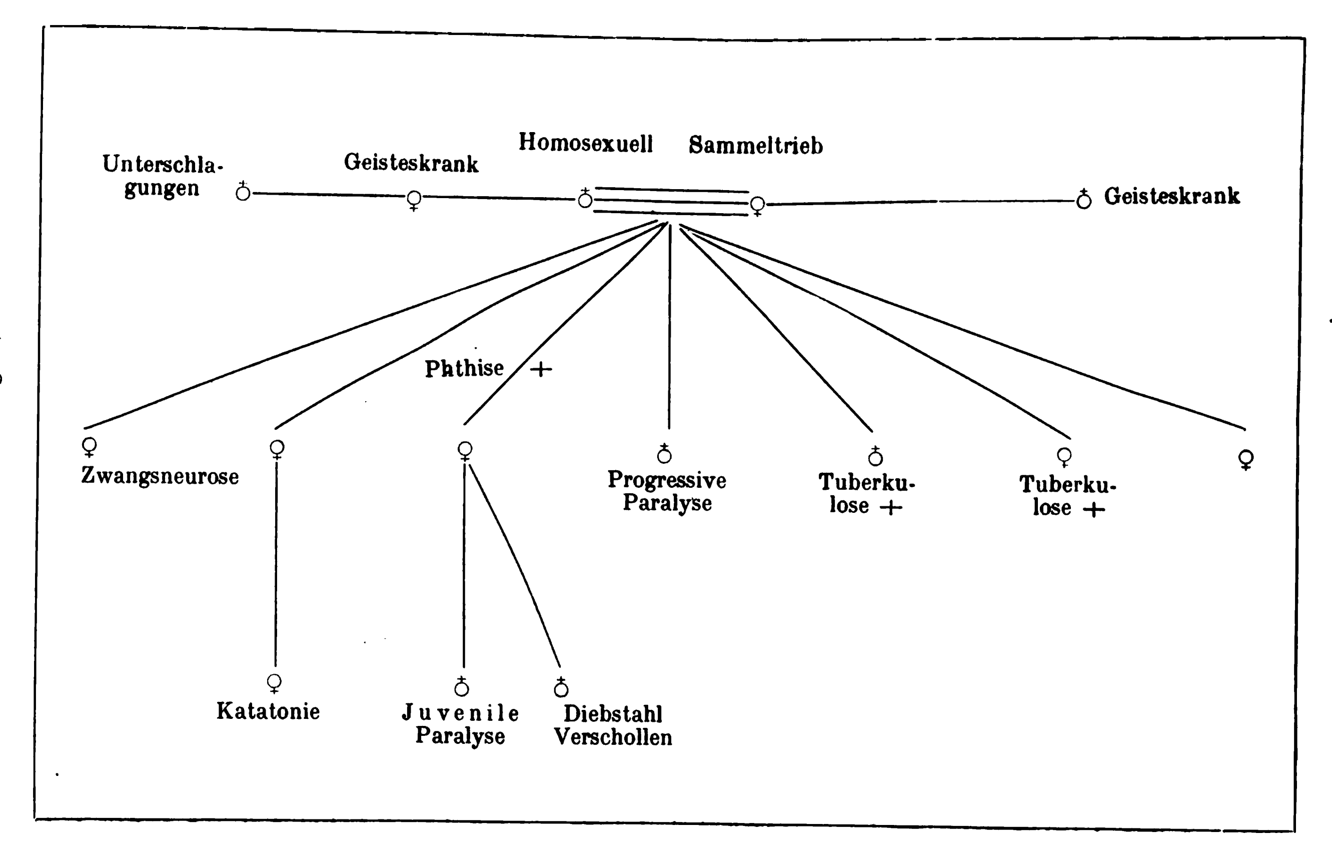
I. Familienanamnese: Vater 1892 (im Krankenstift zu Scheibe) an progressiver Paralyse gestorben. Mutter an Phthise gestorben. Familie der Mutter schwer degeneriert (vgl. Tabelle).[1]

II. Eigene Anamnese: Arthur B., geboren am 27. Januar 1883. Angeblich normale Entwicklung. Besuchte die

---

[1]) Die Tabelle entstammt den Gerichtsakten, die über eine Familienangehörige geführt sind, und ist von Herrn Professor *Mann* angefertigt.




Unterschla-
gungen
Geisteskrank
Homosexuell
Sammeltrieb
Geisteskrank
Phthise +
Zwangsneurose
Progressive
Paralyse
Tuberku-
lose +
Tuberku-
lose +
Katatonie
Juvenile
Paralyse
Diebstahl
Verschollen

wesen sein, schlecht gesprochen und oft kein Wort herausgebracht haben. Allmählich verschlechterte sich auch die Schrift. Zuletzt ging er geistig und körperlich schnell zurück. Der Kranke wurde vom 8. April 1908 bis 1. Juni 1908 in unserer Klinik verpflegt.

III. Körperlicher Befund bei der Aufnahme:

Mittelgroß, schmächtig; sieht jünger aus als er ist. Schmalbrüstig. Rücken leicht gekrümmt. Kopf nach rechts geneigt. Leerer, gutmütiger Gesichtsausdruck. Lippen, Hände und Beine zyanotisch. Kleine, wenig differenzierte Ohren. In den Mundwinkeln Schaum. Linker Mundfacialis verstrichen; beim Sprechen wird vorwiegend rechts innerviert. Innere Organe normal. Beiderseits geringe Ptosis. Linke Lidspalte etwas weiter als die rechte. Die Augenbeweglichkeit ist nach den seitlichen Endstellungen erschwert. Die Bulbi können nur kurze Zeit in der Endstellung festgehalten werden. Beim Blick nach rechts treten nystagmusartige Zuckungen auf. Linke Pupille weiter als rechte. Reaktion auf Licht vorhanden, wenig ausgibig; Konvergenzreaktion nur unbedeutend besser. Augenhintergrund normal.

Zunge zittert stark; sie wird gerade vorgestreckt, kann aber nicht festgehalten werden, sondern wird mehrfach vorgestoßen und immer schnell wieder zurückgezogen. Lebhafte Mitbewegungen der Gesichtsmuskulatur. Leichte Anomalie des Rachens: Uvula in ihrer linken oberen Hälfte mit dem Gaumensegel verwachsen. Lebhafter Würgreflex.

Sehnen- und Periostreflexe an den Armen sehr lebhaft, gleich. Starker Tremor der Finger. Grobe Störung der feinen Fingerbewegungen. Ataxie. Patellarreflexe und Achillessehnenreflexe gesteigert, gleich. Hochgradige Ataxie der Beine in Rückenlage.

Passive Beweglichkeit nicht zu prüfen, da der Kranke nicht zum Entspannen zu bringen ist. Gang leicht taumelnd, breitbeinig ataktisch. Romberg positiv. Lebhafte Hautreflexe. Babinski rechts zeitweise vorhanden, links stets positiv. Keine gröberen Sensibilitätsstörungen; leichte Hyperalgesie. Die exakte Prüfung scheitert an der Verständnis-



losigkeit des Kranken. In Rückenlage wird der Kopf steif von der Unterlage abgehoben gehalten. Paralytische Sprach- und Schriftstörung.

IV. Geistiger Befund und Verlauf: Bei der Aufnahme war der Kranke örtlich und zeitlich orientiert; auch über sein Vorleben gab er im ganzen richtige Auskunft; im einzelnen ließen sich indessen grobe Gedächtnisdefekte nachweisen. Seine Kenntnisse waren hochgradig reduziert. Er war auffallend euphorisch, zeigte keine Krankheitseinsicht und nur sehr geringes Krankheitsgefühl. Er lachte oft ohne Grund auf und neigte zu lebhaftem Stimmungswechsel. Er erzählte sehr breit und weitschweifig und verlor sich dabei in Nebensächlichkeiten. Der Umgebung brachte er nicht das geringste Interesse entgegen. Sein ganzes Verhalten war läppisch-dement. Bereits 8 Tage nach der Aufnahme traten paralytische Anfälle auf, die den vollständigen geistigen und körperlichen Verfall des Patienten zur Folge hatten. Er lag seitdem regungslos oder leise jammernd mit abgehobenem Kopfe im Bett, sprach spontan nichts mehr, reagierte auf Fragen und andere Reize nur noch mit ängstlichem Grimassieren und ließ Urin und Stuhl unter sich gehen. Körperlich nahm er zusehends ab; an den aufliegenden Körperstellen bildeten sich schnell und unaufhaltsam tiefe Dekubitalgeschwüre aus. Die Anfälle häuften sich mehr und mehr. Am 1. Juni 1908 trat der Tod ein.

V. Zyto- und Serodiagnose: Die Spinalflüssigkeit enthielt eine reichliche Vermehrung von Lymphozyten. Sie war serodiagnostisch ebenso wie das Blutserum positiv.

VI. Sektionsergebnis: Schädel dolichozephal. Schädeldach kompakt, wenig Diploë. Dura glatt, blaß, nicht verwachsen; auf der Innenfläche zahlreiche, bis linsengroße, teils etwas bräunlichgelb verfärbte, teils ganz frische Blutaustritte, besonders in der Nähe des Sinus longitudinalis. Hydrocephalus externus. Pia über dem Stirnhirn derb, stellenweise milchigweiß getrübt; sonst zarter, durchscheinend. Gefäße von mittlerem Füllungsgrad. Basisgefäße hie und da diffus weißlich verdickt. Hirngewicht 1300 Gramm. Sulci des Stirnhirns weit, Gyri verschmälert. Rinde des Stirnhirns auf dem Durchschnitt etwas schmal, von mittlerem Blutgehalt. Hydrocephalus internus. Ependym in den Seitenventrikeln weißlich derb und fein granuliert, im vierten Ventrikel grob granuliert. Konsistenz der Gehirnsubstanz zäh, stark durchfeuchtet. Gehirn und Rückenmark sonst makroskopisch unverändert.

Pleuritis fibrinosa recens sinistra. Bronchopneumonia duplex. Induratio pigmentosa caseosa calcificata lobi sup. sin. Bronchitis. Tracheitis catarrhalis. Nephrolithiasis dextra. Decubitus.

VII. Mikroskopischer Befund (Dr. *Schroeder*): Nisslpräparate von einigen Stücken der Rinde des Stirn-, Zentral- und Okzi-

pitalhirns: Infiltration der Pia und der Lymphscheiden um die Gefäße der Rinde mit charakteristischen großen Plasmazellen und mit Lymphozyten; daneben vereinzelte Mastzellen. Diese Infiltration ist an verschiedenen Stellen verschieden stark, nirgends extrem hochgradig, am geringsten im Hinterhauptlappen. Rindenschichtung stellenweise, namentlich im Stirnhirn, stark unregelmäßig. Vermehrung der Gliakerne in der ersten Rindenschicht und im Mark; im Mark unter anderem besonders häufig längs der Gefäße. Unter den Gliazellen der Rinde viele Elemente mit mittelgroßem, hellem Kern, einem kernkörperchenartigen Gebilde und nur Andeutungen von Leib. In den Lymphscheiden, zumeist innerhalb des Leibes von Adventitiazellen, aber auch frei, allenthalben kleine und größere Tröpfchen von mehr gelber oder mehr schmutziggrüner Farbe.

Rückenmark auf Weigert-Palpräparaten: Diffuse, schlecht abgegrenzte Lichtung in der Gegend beider Pyramidenseitenstränge. Hinterstränge: im oberen Lendenmark je eine streifenförmige, leichte Lichtung, die vom Septum durch eine schmale Zone von normaler Färbung getrennt ist; im Brustmark rücken die streifenförmigen Lichtungen weiter vom Septum ab.

Siebente Beobachtung

I. Familienanamnese: Vater an Tabes gestorben. Über die übrigen Familienmitglieder sind sichere Angaben nicht zu erhalten.

II. Eigene Anamnese: Adolf P., geboren am 11. Dezember 1875. Selbst angeblich stets gesund. In der Schule gut gelernt; wurde nach der Schulzeit Schuhmacher. Wegen „Überzähligkeit" militärfrei. 1903 Heirat. 1 Kind; 5 Jahre alt, angeblich gesund. 1 Kind mit 4 Wochen gestorben. Seit Herbst 1907 Abnahme des Sehvermögens. Zugleich fühlte sich der Kranke dauernd matt, schlief schlecht, schwitzte sehr viel und klagte über Schwindel, starke Kopfschmerzen und Reißen in den Beinen. Er wurde reizbar; in der Erregung kam er oft geradezu in Wut, schimpfte in wüsten Ausdrücken, bedrohte die Frau und schlug ohne weitere Veranlassung auf sein Kind ein. Das Gedächtnis hat sehr nachgelassen. Selbst Botengänge für die Frau kann P. nicht mehr besorgen, da er unterwegs die Aufträge vergißt. Seine Arbeit brachte er nicht mehr fertig; er machte alles verkehrt. Er ist ungeschickt geworden und zittert sehr; die Sprache hat sich erheblich verschlechtert. Allmählich ist er ganz „blöde" geworden. Meist sitzt er stumpfsinnig umher, spricht fast gar nichts, während er früher im Gegenteil stets munter gewesen sein soll, kümmert sich weder um Frau noch Kind und zeigt auch sonst für nichts Interesse. Am 7. Februar 1908 suchte er unsere Poliklinik auf und wurde einer Schmierkur unterzogen. Im Laufe dieser Kur trat eine Erschwerung der örtlichen Orientierung ein; schließlich konnte sich der Kranke nicht mehr allein zurechtfinden. Er wurde vom 20. Februar bis 6. April 1908 in unserer Klinik behandelt.

III. Körperlicher Befund: Kleiner Mann in mäßigem Ernährungszustand mit blasser, fahler Hautfarbe. Prognathie. Stumpfer, leerer Gesichtsausdruck. Linke Lidspalte etwas weiter als die rechte. Beiderseits geringe Protrusio bulbi. Bulbusunruhe. Augenbewegungen frei. Nystagmusartige Zuckungen beim Blick nach oben. Graefesches Symptom. Rechte Pupille etwas weiter als die linke; beide Pupillen verzogen, reagieren nicht auf Lichteinfall; schwache Konvergenzreaktion. Ophthalmoskopisch: Bild der genuinen Atrophie. Fingerzählen auf 2 m. Ungeschickte Innervation der Gesichtsmuskulatur. Leichte Parese links. Zunge weicht etwas nach rechts ab, zittert, wird ungeschickt bewegt. Mitbewegungen und Vibrieren der Gesichtsmuskulatur. Steiler Gaumen. Hutchinson-Zähne. Andeutung von Sattelnase. Perforation des Nasenseptum. Hautreflexe +. Kein Babinski. Periostreflexe +. Trizeps-, Patellar- und Achillessehnenreflexe fehlen. Ataxie der Beine in Rückenlage. Hypotonie r. > l. Ungeschicklichkeit der feinen Fingerbewegungen l. > r. Gang breitbeinig, ungeschickt. Kraft der Extremitäten gut. Allgemeine Hypalgesie; sonst keine Sensibilitätsstörungen. Innere Organe ohne krankhaften Befund. Paralytische Sprach- und Schriftstörung.

IV. Geistiger Befund und Verlauf: Zeitlich war P. nur ungenau orientiert. Es fehlte ihm jedes Verständnis für die Situation und die Einsicht für die Schwere seiner Erkrankung. Das Gedächtnis und die Merkfähigkeit erwiesen sich als hochgradig gestört; die Kenntnisse waren erheblich reduziert. Der Kranke zeigte eine Verlangsamung aller von ihm verlangten Reaktionen und eine Neigung zu Perseverationen. Er lag stumpf zu Bett, kümmerte sich nicht um seine Umgebung, zeigte für nichts Interesse und äußerte auch nie den Wunsch nach Lektüre oder anderweitiger Beschäftigung. Im allgemeinen war er euphorisch, freundlich und zufrieden, neigte sogar mitunter zu Scherzen und erzählte auch ab und zu renommierend von seiner Familie, seinem „Prachtjungen". Seinen Angehörigen gegenüber erzählte er immer wieder, wie gut er es in der Klinik habe, daß er „das beste Essen" bekomme, daß er „die schönsten Ärzte" habe. Zu anderen Zeiten war er verdrießlich, mürrisch und unzugänglich, schimpfte und hatte allenthalben etwas auszusetzen. Er war leicht erregt und recht reizbar. Während des Aufenthalts in der Klinik und in der Folgezeit machte sich eine deutliche Progression der beschriebenen Erscheinungen bemerkbar.

V. Zyto- und Serodiagnose: Die Spinalflüssigkeit enthielt eine reichliche Vermehrung von Lymphozyten und war ebenso wie das Blutserum serodiagnostisch positiv.

In den beiden Fällen, die bisher zur Obduktion gekommen sind, hat die histologische Untersuchung des Gehirns und Rückenmarks die klinische Diagnose bestätigt. Im Fall III fand sich ein grober hirnatrophischer Prozeß, der zu weitgehender Verödung der Rinde geführt hat und die für Paralyse charakteristische Infiltration der Pia und der Lymphscheiden der Gefäße aufweist, im Fall VI der gleiche, wenn auch nur mäßig fortgeschrittene Prozeß. Im Rückenmark fand sich bei beiden Fällen eine kombinierte Systemerkrankung. Das Eingehen auf die histologischen Eigentümlichkeiten bleibt einer späteren speziellen Bearbeitung vorbehalten.

Differentialdiagnostisch kommen bei der „juvenilen Paralyse" ebenso wie bei der allgemeinen progressiven Paralyse in erster Linie die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns in Betracht. *Kraepelin*[1]) führt in seinem Lehrbuch aus, daß nur ein Teil der auf ererbte Syphilis zurückzuführenden, in der Jugend einsetzenden, fortschreitenden Verblödungen mit Lähmungserscheinungen als juvenile Paralyse angesprochen werden kann, daß es sich vielmehr häufig um syphilitische Krankheitsvorgänge im engeren Sinne, namentlich um Gefäßerkrankungen handelt. Zu diesen Erkrankungen rechnet er das von *Homén*[2]) bei 3 Geschwistern beobachtete und als Lues hereditaria tarda gedeutete Krankheitsbild, das er auch seiner Beschreibung zugrunde gelegt hat. „Das Leiden begann im jugendlichen Lebensalter mit Schwindel, Kopfschmerzen, Unsicherheit des Ganges, fortschreitender Abnahme des Gedächtnisses und des Verstandes. Dazu gesellten sich später Verlangsamung und Erschwerung des Sprechens, Spasmen, Kontrakturen, Inkontinenz, Schluckstörungen, leichter Tremor und bisweilen auch Krämpfe, während die geistige Schwäche bis zu den höchsten Graden fortschritt. Der Tod erfolgte nach einer Reihe von Jahren."

[1]) *Kraepelin.* Psychiatrie. 7. Auflage. Bd. II. S. 405.

[2]) *Homén, E. A.* Eine eigentümliche, bei drei Geschwistern auftretende typische Krankheit unter der Form einer progressiven Dementia, in Verbindung mit ausgedehnten Gefäßveränderungen (wohl Lues hereditaria tarda). Archiv für Psychiatrie. Bd. 24.

Es muß ohne weiteres zugegeben werden, daß eine große Ähnlichkeit zwischen diesem Krankheitsbilde und dem der juvenilen Paralyse besteht. Ein wesentlicher Unterschied, auch gegenüber anderen luischen Hirnerkrankungen, liegt in dem Beginn des Leidens. Bei der juvenilen Paralyse haben wir es stets mit einer ganz allmählich einsetzenden und langsam und schleichend fortschreitenden Charakterveränderung zu tun. Zugleich fehlen in den weitaus meisten Fällen subjektive Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel oder Schlaflosigkeit, im Gegensatz auch zu der progressiven Paralyse der Erwachsenen. Das häufige Fehlen solcher subjektiven Störungen ist um so bemerkenswerter, als bekanntermaßen auch bei der juvenilen Tabes subjektive Störungen selten sind und in weitaus der Mehrzahl der Fälle lanzinierende Schmerzen, subjektive und objektive Sensibilitätsstörungen vermißt werden. Für die Diagnose der progressiven Paralyse spricht ferner die charakteristische Sprach- und Schriftstörung, die zudem gewöhnlich als eines der ersten Symptome aufzutreten pflegt. Auch das Fehlschlagen jeder antiluischen Behandlung ist für die Diagnose der Paralyse zu verwerten. Schließlich besitzen wir in der Lumbalpunktion ein wichtiges, auch differentialdiagnostisch wertvolles Hilfsmittel zur Unterscheidung der juvenilen Paralyse einerseits und der „Lues hereditaria tarda" und anderer syphilitischer Hirnerkrankungen andererseits. Während eine leichte Vermehrung der Lymphozyten in der Spinalflüssigkeit bei der Mehrzahl der organischen Hirnerkrankungen beobachtet worden ist, legt immerhin eine hochgradige Vermehrung den Verdacht auf eine metasyphilitische Erkrankung nahe. Eine gleichzeitige Vermehrung des Eiweißgehaltes macht diesen Verdacht, wie *Chotzen* [1]) nachgewiesen hat, zur Wahrscheinlichkeit. Er wird bestätigt, wenn die serologische Untersuchung der Spinalflüssigkeit im Sinne *Wassermanns* eine positive Reaktion ergibt, in Anbetracht der Tatsache, daß in der Mehrheit der Fälle von Lues cerebrospinalis der Ausfall der Reaktion ein negativer zu sein scheint Die serologische Untersuchung des Blutes ergibt nach unseren Erfahrungen bei den metasyphilitischen Erkrankungen stets, bei den syphilitischen Hirnerkrankungen meist eine positive Reaktion. Sie erbringt somit den Beweis, daß die Paralyse und Tabes mit der Lues in einem innigen

[1]) *Chotzen*. Die Lumbalpunktion in der psychiatrischen Diagnostik. Medizinische Klinik. 1908. Nr. 32 und 33.



Zusammenhang stehen, und trennt sie zugleich scharf von allen anderen Erkrankungen des Zentralnervensystems, bei denen der Syphilis eine besondere Rolle nicht zukommt. Als solche, die differentialdiagnostisch gegenüber der juvenilen Paralyse in Betracht kommen, sind die *Friedreich*sche hereditäre Ataxie, die multiple Sklerose und die familiäre amaurotische Idiotie zu nennen.

Daß die juvenile Paralyse gelegentlich auch andere Psychosen vortäuschen und so Anlaß zu Fehldiagnosen geben kann, lehrt außer einem Fall von *Toulouse* und *Marchand* der bemerkenswerte Fall von *Eisath*. Hier fehlten lange Zeit körperliche Symptome; erst 2 Jahre nach Beginn des Leidens stellten sich Pupillenstörungen ein. Psychisch bot die Erkrankung zunächst das Bild des manisch-depressiven Irreseins, später das der Dementia praecox, in deren Verlauf sich eine längere, ausgesprochen katatone Phase einschob. Erst kurz vor dem Tode traten paralytische Anfälle auf. Die Diagnose „progressive Paralyse", die bei dem symptomenreichen Krankheitsbilde während des Lebens nicht gestellt werden konnte, wurde erst durch die Autopsie erbracht. Hier hätte wohl die Untersuchung der Spinalflüssigkeit bereits früher Klarheit schaffen können. Auch sonst finden sich katatone Erscheinungen relativ häufig (Fall 1, 3 u. 6). Epileptische Störungen können ebenfalls zuweilen das Bild der juvenilen Paralyse verwischen. (Vgl. *Toulouse* et *Marchand*; vielleicht auch *Marchand* et *Vurpas*.)

Was nun unsere Beobachtungen betrifft, so fällt zunächst der zuletzt beschriebene Fall etwas aus dem allgemeinen Rahmen der juvenilen Paralyse heraus. Schon deshalb, weil es sich um einen Mann handelt, der gegen Ende des 32. Lebensjahres erkrankt ist, zu einer Zeit, in der die allgemeine progressive Paralyse auch die Erwachsenen nicht allzu selten befällt. Da aber die körperliche Untersuchung deutliche Zeichen der hereditären Lues bei ihm ergeben hat, da die anamnestischen Erhebungen das Vorliegen von Tabes in der Aszendenz festgestellt haben, so glaube ich, auch diesen Fall gemäß den eingangs der vorliegenden Arbeit gemachten Erörterungen der juvenilen Paralyse zurechnen zu können. Eine Reinfektion, an die man denken könnte, darf ausgeschlossen werden; denn einerseits ist dem Patienten von einer solchen nichts bekannt, andererseits kann nach dermatologischer Ansicht eine Reinfektion nur statthaben, wenn die frühere Lues ausgeheilt ist; die Heilung erscheint aber in Anbetracht des Fehlens jeder spezifischen

Kur unwahrscheinlich. Ungewöhnlich ist ferner in diesem Fall, daß im Beginn der Erkrankung Hand in Hand mit dem Eintreten der Charakterveränderung subjektive Beschwerden sich geltend machten. Auch das Fehlen eines längeren Prodromalstadiums ist durchaus ungewöhnlich. Trotzdem kommt eine andere Erkrankung als die progressive Paralyse angesichts des Ergebnisses der mikroskopischen und serologischen Untersuchung der Spinalflüssigkeit, der charakteristischen Sprach- und Schriftstörung sowie der eigenartigen Demenz nicht in Betracht.

Unsere übrigen Beobachtungen zeigen die Eigenheiten der juvenilen Paralyse in ausgesprochenem Maße. Gemeinsam ist allen als ätiologisches Moment die hereditäre Lues, der Stillstand der körperlichen Entwicklung, das lange Prodromalstadium, das Überwiegen körperlicher Symptome und die eigenartige Demenz. Differentialdiagnostisch kommen wir aus den gleichen Erwägungen wie bei unserer letzten Beobachtung sowie im Hinblick auf den charakteristischen Verlauf per exclusionem wie per deductionem zu der Diagnose der juvenilen Paralyse.

Einige Schwierigkeit bereitet nur die zweite Beobachtung, bei der seit nunmehr fast 14 Jahren eine deutliche Progression des Leidens nicht festgestellt werden kann. Die Kranke bietet ein Zustandsbild, wie wir es zuweilen bei angeborenen Schwachsinnszuständen antreffen. Um einen solchen kann es sich angesichts der Entwicklung natürlich nicht handeln. Außer der progressiven Paralyse kommt differentialdiagnostisch wohl nur eine luische Erkrankung des Zentralnervensystems in Betracht, die jetzt als abgelaufen anzusehen wäre. Gegen diese Diagnose spricht, abgesehen von dem charakteristischen Bilde, das die Kranke vor 14 Jahren geboten hat — damals wurde die Diagnose der Lues cerebri kaum erwogen —, abgesehen von der Tatsache, daß die Besserung ohne jede spezifische therapeutische Maßnahme eingetreten ist, vor allem das Ergebnis der Lumbalpunktion. Die Vermehrung der Lymphozyten ist stets eine sehr hochgradige gewesen; der Eiweißgehalt war über die Norm erhöht. Eine weitere Stütze findet die Diagnose der progressiven Paralyse durch die Tatsache, daß die Lumbalflüssigkeit — wenn auch nur einmal — serologisch positiv reagierte. Daß die Reaktion nicht stark war und nicht bei allen Untersuchungen positiv ausfiel, darf uns gerade im Hinblick auf den jahrelangen Stillstand der Krankheit und ähnliche Erfahrungen bei der Tabes nicht

wundern. Der Erklärungsversuch, den *Stertz*[1]) für das häufige Fehlen der positiven Reaktion der Spinalflüssigkeit bei der Tabes beibringt, daß diese nämlich „ein exquisit chronischer Prozeß“ sei, „bei dessen oft jahrelangem Stillstand die Antikörper aus der Spinalflüssigkeit verschwinden, beziehungsweise so stark an Konzentration einbüßen können, daß sie sich dem Nachweis nach der gegenwärtig angewandten Methode entziehen“, dieser Erklärungsversuch läßt sich ohne weiteres auf die stationäre Paralyse übertragen; ja, er gewinnt sogar an Wahrscheinlichkeit, wenn künftige Untersuchungen bei stationären Paralysen und vielleicht auch bei Remissionen der Paralyse das Fehlen von luischen Antikörpern in der Spinalflüssigkeit bestätigen.

In allen unseren Fällen wurden neben der starken Reizbarkeit und dem sehr lebhaften Stimmungswechsel ein Vorwiegen euphorischer Stimmung und zumeist auch Größenideen beobachtet.

Wiederholt bestand, allerdings ebenfalls nicht sehr ausgeprägt, die Neigung zu kritiklosen Konfabulationen, deren Vorkommen übrigens, nach den einschlägigen Arbeiten der Literatur zu urteilen, recht häufig ist. Sie tragen den Charakter der Pseudologia phantastica und zeigen meist ein echt kindliches Gepräge.

Halluzinationen waren in keinem unserer Fälle nachweisbar. Die Klagen unseres dritten Patienten, daß das Wasser hoch steige, daß alles in Flammen stehe, möchte ich jedenfalls nicht auf Halluzinationen zurückführen, wie es *Giannuli* in einem ähnlichen Falle getan hat; vielmehr glaube ich, daß hier eine ängstliche Situationsmißdeutung vorgelegen hat. Auch in einem der Fälle von *Zadik*, bei welchem das Vorkommen von Halluzinationen erwähnt wird, handelt es sich mit größter Wahrscheinlichkeit um ängstliche Konfabulationen, bezw. um phantastische Illusionen. Sichere, als Halluzinationen anzusprechende Sinnestäuschungen habe ich in keinem der als juvenile Paralyse beschriebenen Fälle finden können. Die Möglichkeit des Vorkommens von Halluzinationen muß natürlich zugegeben werden.

Entgegen anderen Beobachtungen, daß häufig intellektuell schwach veranlagte Individuen von der juvenilen Paralyse befallen werden, ist von unseren 7 Kranken nur einer (Fall I) als von Hause aus degeneriert zu betrachten. Sehr auffällig ist hingegen, daß die jugend-

[1]) *Stertz.* Die Serodiagnostik in der Psychiatrie und Neurologie. Allgem. Zeitschr. für Psychiatrie. Bd. 65. Heft 4.



lichen Paralytiker häufig im Wachstum zurückbleiben und meist jünger aussehen, als sie sind,. Nur in einem Falle (*Hulst*) wird erwähnt, daß der Kranke dem Aussehen nach einem Greise glich.

Als ätiologisches Moment haben wir in allen unseren Fällen das Vorhandensein der Lues nachweisen können. In welcher Weise das toxische Agens wirkt, entzieht sich unserer Beurteilung. Es ist vorläufig nicht zu verstehen, warum die juvenile Paralyse in einzelnen Fällen früh, in anderen wieder erst so spät einsetzt. Über Vermutungen werden wir vorerst nicht hinauskommen. Der erblichen Belastung kann ein besonderer Wert nicht zugemessen werden, sonst hätten beispielsweise im Falle VI unserer Beobachtungen, in dem es gelang, die zweifellos besonders schwere Belastung nachzuweisen, die ersten Krankheitszeichen früher in Erscheinung treten müssen. Eine weitere Illustration hierzu bietet ein Fall von *Nonne*, in welchem Potus der Eltern, psychopathische Belastung, Kopftrauma oder psychische Traumen des Patienten auszuschließen waren, in welchem also die hereditäre Lues „allein und ausschließlich die Ursache der typischen dementia paralytica" darstellte, die trotzdem bereits im 12. Lebensjahre des Kranken voll ausgebrochen war.

Das Durchschnittsalter beim Auftreten der Frühsymptome beträgt nach *Wollburg* für Mädchen 13,89, für Knaben 14,02 Jahre, das Durchschnittsalter beim Ausbruch der Erkrankung beträgt nach dem gleichen Autor für Mädchen 16,28, für Knaben 17,25 Jahre. Durch die vorgeschlagene Umgrenzung der juvenilen Paralyse werden diese Durchschnittszahlen zweifellos eine Verschiebung nach oben erfahren.

Es dürfte aus rein äußeren Gründen angebracht sein, die nach dem 20. Lebensjahre auftretenden Erkrankungen als Spätform der juvenilen Paralyse zu bezeichnen. Wie weit sich der Ausbruch dieser Spätform hinausschieben kann, ist nicht abzusehen, wenngleich ich auch in der Literatur ein späteres Auftreten der Paralyse auf dem Boden der hereditären Lues als in unserem Falle nicht beschrieben fand. Der Spätform der juvenilen Paralyse dürften als Frühform die Fälle gegenüber zu stellen sein, in denen die Krankheit vor dem 10. Lebensjahre zum Ausbruch kommt. Hierzu gehören die Fälle von *Nonne*: ein Kind, das im 6. Lebensjahre paralytisch erkrankte, und ein Kind, das im 4. Lebensjahre dement wurde, und bei dem einige Jahre später die Diagnose auf progressive Paralyse gestellt werden konnte. Diesen

reihen sich die Fälle von *Woltär* und von *Zappert* (Ausbruch der Paralyse im 6. Lebensjahre), von *Bernhardt* (Ausbruch mit 7 Jahren), von *Mendel* (Ausbruch mit 8 Jahren) sowie unsere zweite Beobachtung an.

Auch für den Verlauf der juvenilen Paralyse scheinen weder die erbliche Belastung noch Gelegenheitsursachen eine Rolle zu spielen. Ebenso übt das Auftreten von Krampfanfällen, das von einer Reihe von Autoren als prognostisch schlechtes Zeichen angesehen wird, keinen Einfluß auf die Dauer der Erkrankung aus. Ich glaube, bezüglich der Dauer des Leidens entgegen den bisherigen Anschauungen 2 Arten unterscheiden zu müssen, deren klinische Differenzierung freilich noch nicht möglich ist. Den Fällen, die zu einem langen, sich über viele Jahre hinstreckenden Verlauf neigen (I, II, IV, V, VII unserer Beobachtungen und die weitaus überwiegende Mehrzahl der in der Literatur beschriebenen Fälle), stehen solche gegenüber, die wie Fall III und VI unserer Beobachtungen innerhalb bedeutend kürzerer Zeit zum Exitus kommen. Als kürzeste Verlaufsdauer ist die Zeit von nur drei Monaten bekannt (*Mott*).

Immerhin sind diese innerhalb so kurzer Zeit zum Tode führenden Fälle noch selten, so daß wir berechtigt sind, die Prognose hinsichtlich der Lebensdauer nicht als absolut infaust zu bezeichnen. Fälle mit so langem Verlauf wie bei unserer zweiten Kranken sind freilich bisher bei der juvenilen Paralyse nicht beobachtet worden. Es ist dies vielleicht damit zu erklären, daß diese Kranken sehr wohl in der Familie verpflegt werden können, daß sie nicht genügend in die Beobachtung des Arztes kommen und als schwachsinnige und idiotische Individuen angesehen werden. Jedenfalls muß auch im Hinblick auf entsprechende Beobachtungen bei der allgemeinen progressiven Paralyse mit der Möglichkeit einer noch längeren Dauer der juvenilen Paralyse und ebenso mit der Möglichkeit von Remissionen, deren Vorkommen von den meisten Autoren bestritten wird, gerechnet werden. Übrigens erwähnte *Neisser* in der Diskussion zu meinem Vortrage einen Fall eigener Beobachtung, bei welchem eine mehr als 2 jährige Remission stattgehabt hatte. Auch berichtet *Wollburg* von einer leidlichen Remission von einigen Monaten.

Ein Umstand bedarf meiner Ansicht nach noch besonderer Erwähnung. Es ist auffallend, daß die juvenilen Paralytiker kaum jemals einen verbrecherischen Trieb bekunden, ja selbst keinen Hang zu

wird, ist für das Fehlen der Lues nicht beweisend, um so mehr, als die serologische Untersuchung bisher nirgends durchgeführt wurde. Es ist ein notwendiges Erfordernis, gerade bei der juvenilen Paralyse, sich dieses wichtigen diagnostischen Hilfsmittels zu bedienen.

Im allgemeinen finden sich luische Veränderungen bei den jugendlichen Paralytikern häufiger als bei der progressiven Paralyse der Erwachsenen. Diese Veränderungen tragen zumeist den Charakter der hereditären Lues. Oft finden sich auch hereditär-luische Erscheinungen bei den Geschwistern der jugendlichen Paralytiker.

Bemerkenswert ist vor allem, wie häufig sich in der Aszendenz der jugendlichen Paralytiker Tabes und Paralyse findet. Es wird daher von Bedeutung sein, künftig gerade die Kinder unserer Paralytiker und Tabiker im Auge zu behalten, wenn möglich ihr Blut serologisch zu untersuchen, um gegebenenfalls durch eine möglichst frühzeitige Kur späteren Erkrankungen vorbeugen zu können. Im Falle einer positiven Reaktion des Blutserums wird es zweckmäßig sein, auch die Spinalflüssigkeit einer genauen Untersuchung zu unterziehen. Vielleicht gelingt es uns so, die juvenile Paralyse schon in ihren frühesten Stadien zu erkennen, die Familie zeitig auf die beginnende deletäre Erkrankung ihres Kindes aufmerksam zu machen und für den Kranken selbst entsprechende Maßnahmen zu treffen.

Literaturübersicht[1]).

Alzheimer[2]). Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 52. Heft 3.

[1]) Umfaßt alle mir im Original oder Referat zugänglichen Arbeiten über juvenile Paralysen vom 1. Januar 1899 bis 1. Januar 1908.

[2]) Die Arbeit von *Alzheimer* enthält die gesamte Literatur bis zum Jahre 1895, die Arbeit von *Froelich* bis zum Jahre 1899.

Ameline. De l'hérédité et en particulier de l'hérédité similaire dans la paralysie générale. Ref. Annales Méd.-psychol. 1900. T. XI. p. 459.

Babonneix, M. L. Les idées de grandeur dans la paralysie du jeune âge. Rev. mens. des malad. de l'enfant. 1906.

Bachmann, F. Progressive Paralyse im Kindesalter. Vereinsbeilage der deutschen med. Wochenschrift 1907. p. 2163.

Ball, C. R. Dementia paralytica in a child. St. Paul med. journ. 1907. June.

Bennet, Agnes L. A case of adolescent general paralysis. Edinb. Med. Journ. August 1900.

Bernhardt, P. 3 Knaben mit progressiver Paralyse. Vereinsbeilage der deutschen med. Wochenschrift 1904. p. 1084. Sitzungsbericht.

Boyle, Hellen. A case of juvenile paralysis. Journ. of mental. science. 1899. Nr. 1.

Bramwell, E. Note on a case of juvenile general paralysis. Review of neurol. and psych. 1906. IV.

Bravetta, Eugenio. Un caso di paralisi progressiva giovanile. Gazz. med. lombarda. 1906. Nr. 37.

Burzio, T. Studi clinici ed anatomo-patologici sulla paralisi generale giovanile, Annali di Freniatria e scienze affini del. R. Manicomio di Torino. 1904. Vol. 14.

Cameron, James. Note on a case of juvenile general paralysis of insane. Review of neurology. 1903. I. p. 390.

Campana, R. Reperto perivasale in caso di paralisi progressiva in bambino; la istologia patologica della tabe e quella della paralisi progressiva incipiente sono da rifare. Clin. dermo. sifilo-pat. d. r. Univ. di Roma. XXIII.

Cestan, R. et *Combeleran.* Un cas de paralysie générale juvénile. Tribune méd. 1905.

Ciaglinski. Ein Fall von progressiver Paralyse im jugendlichen Alter. Referat. Neurol. Zentralblatt 1899. p. 381. Sitzungsbericht.

Curschmann, H. Beitrag zur progressiven Paralyse im Kindesalter. Psych.-neurol. Wochenschrift. IX. Jahrgang. Nr. 38 und 39.

Dees. Zur Pathologie der Dementia paralytica. Psychiatr. Wochenschrift 1899. Nr. 21.

Deroubaix, A. Un cas de paralysie générale juvénile. Ref. Neurol. Zentralblatt. 1905. Nr. 24.

Devay, T. Deux observations de paralysie générale juvénile. Referat. Rev. neur. 1901. Nr. 15.

Dupré, E. et *Pagniez.* Paralysie générale précoce chez une débile hérédo-syphilitique. Archives de Neurol. XIV. Sitzungsbericht.

Dydynski. Ein Fall von Paralysis progressiva bei einem 20 jährigen Mädchen auf Grund von hereditärer Lues. Neurol. Zentralblatt. Bd. 20. Sitzungsbericht.

Eisath, G. Frühform der Dementia paralytica. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 16.

Fennell. Juvenile general paralysis. Praktitioner. 1907. N. 4.

Foerster. Beitrag zur Lehre von der juvenilen Form der progressiven Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 58. Sitzungsbericht. p. 1190.

Froelich [1]. Über allgemeine progressive Paralyse der Irren vor Abschluß der körperlichen Entwicklung. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1901.

Giannuli. Contributo allo studio della paralisi progressiva infanto-juvenile (con allucinazione igriche). Riv. speriment. di Freniatria. XXV.

Greene, George. The prognosis in dementia paralytica. The Journal of Mental Science. Vol. 52. April.

Gregory, M. S. A case of dementia paralytica in a boy 15 years old. The journ. of nerv. and mental disease. Vol. 34. Sitzungsbericht.

Gumpertz, K. Beitrag zu den im Kindesalter auftretenden Seelenstörungen. Archiv für Psychiatrie. 1900. Bd. 33.

Hagelstamm. Über Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwicklungsalter. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 1904. Bd. 26.

Hirsch. Fall von progressiver Paralyse bei einem 18 jährigen Jungen. New York. Med. Monatsschrift 1901. p. 289.

Hirschl, L. Die juvenile Form der progressiven Paralyse. Wiener klinische Wochenschrift. 1901. Nr. 21.

Hulst, J. P. L. Een geval van infantiele progressive Paralyse. Psychiat. en neurol. Bladen. 1900.

Ingelraus, L. Le reveil de la paralysie infantile. Echo méd. du nord. 1906.

Keller. Jugendliche Paralyse. Referat. Zentralblatt für Neurologie und Psychiatrie. Bd. 18. p. 932.

Klieneberger, O. L. Juvenile Paralysen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 65. Sitzungsbericht. p. 423.

Knapp, P. C. A case of juvenile general paralysis. The Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. 32. p. 665. Sitzungsbericht.

Köster, G. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Kindertabes, beziehungsweise der Taboparalyse des Kindesalters. Neurol. Zentralblatt. Bd. 24. p. 1069. Sitzungsbericht.

Köster, G. Zur Klinik und pathologischen Anatomie der Taboparalyse des Kindesalters. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. Bd. 18. Ergänzungsheft.

v. Kornya, P. Ein Fall von juveniler (infantiler?) progressiver Paralyse. Exitus unter Erscheinungen der akuten Paralyse. Wiener med. Presse. 1906. Nr. 50.

Kovatcheff, Mme. Nicolina. Les paralysies chez l'enfant. Toulouse. Saint-Cyprien.

[1] vgl. *Alzheimer.*

Kure. Ein Fall von juveniler Paralyse. Neurol. Zentralblatt 1904. Bd. 24. p. 78.

Lalanne. Paralysie générale juvénile. Archives de Neurol. XVI. p. 267. Sitzungsbericht.

Lalanne. Un cas de paralysie juvénile. Referat. Neurol. Zentralblatt Bd. 23. p. 232.

Lange. Progressive Paralyse im Kindesalter. Münchener medizinische Wochenschrift. 1903. p. 1533. Sitzungsbericht.

Léon, de. Paralisis infantil con topografia periférica radicular. Rev. méd. d'Uruguay. V. 131—138.

Macdonald und *Davidson.* Congenital general paralysis. Brit. med. Journ. 1899. Sitzungsbericht.

Marc, A. Über familiäres Auftreten von progressiver Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 61.

Marchand. Un cas de paralysie générale juvénile. Présentation du malade. Ref. Annales Méd. psychol. 1900. T. 11. p. 453.

Marchand. Un cas de paralysie générale juvénile avec examen micrographique. Revue de psychiatrie. VIII. p. 101.

Marchand et *Leüridan.* Paralysie générale juvénile. Echo méd. du Nord. 1902. VI.

Marchand et *Vurpas.* Considérations sur la paralysie générale à propos d'un cas survenu chez une jeune fille hérédo-syphilitique. Arch. de Neur. 1901. XI. Nr. 66.

Mendel, K. Zur Paralyse - Tabes - Syphilisfrage. Neurol. Zentralblatt. Bd. 24. p. 19.

Middlemass, J. A case of development of general paralysis. The Journ. of Ment. Science. Vol. 50 p. 76.

Mott, F. W. Notes of twenty-two cases of juvenile general paralysis with sixteen post-mortem examinations. Archives of Neurol. from the pathological Laboratory of the London County Asylum. Claybury.

Moussons. Paralysie générale juvénile. Gaz. hebd. d. Sc. méd. de Bordeaux. 1906.

Neisser. Diskussionsbemerkung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 65. p. 424.

Nonne. Demonstration zur Lehre von den familiären parasyphilitischen Erkrankungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 63. p. 128. Sitzungsbericht.

Nonne. Ein neuer Fall von familiärem Auftreten von Tabes dorsalis und Dementia paralytica auf der Basis von Lues acquisita et hereditaria. Dementia paralytica mit Heubnerscher Endarteriitis bei einem 12 jährigen Kinde. Fortschritte der Medizin. 1904. Nr. 28. p. 1037.

Nonne. 4 Fälle familiären Vorkommens von Paralyse und Tabes dorsalis mit syphilitischer Infektion. Neurol. Zentralblatt. Bd. 24. p. 138. Sitzungsbericht.

Parvel. Ein Fall von Infantilismus unter dem Bilde der juvenilen Paralyse. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 62. p. 813. Sitzungsbericht.

Perusini. Paral. progr.infantojuvenilis. Ann. dell' istit. psich. 1904. Roma III.

Rad, v. Juvenile Paralyse. Vereinsbeilage der deutschen medizinischen Wochenschrift 1907. p. 2120.

Raymond. Paralysie générale infantile. La semaine médicale. 1900. N. 3.

Raymond. Deux cas de paralysie générale progressive chez un homme de trente-deux ans et chez un adolescent de seize ans. Arch. gén. de Médecine. 1905. II. Nr. 34.

Régis, E. Un nouveau cas de paralysie générale avec syphilis héréditaire. Arch. de Neur. 1901. XI. Nr. 66.

Régis, E. et *Anglade.* Un cas de paralysie générale juvénile. Gaz. hebd. d. Sc. méd. 1906. XXVII. p. 234.

Russel, Colin N. Case of juvenile type of general paralysis. Brain. 1905. p. 586. Sitzungsbericht.

Skorczynski. Fall von jugendlicher progressiver Paralyse. Vereinsbeilage der deutschen medizinischen Wochenschrift. 1903. p. 23?. Sitzungsbericht.

Smitt, R. Percy. Cases of adult general paralysis with congenital syphilis. Brit. Med. Journ. 1901. I. P. 386.

Taylor, S. A case of juvenile general paralysis. Rep. Soc. Study Dis. Childr. 1905. V. p. 52.

Tirpi. La paralysie générale infantile et juvénile et ses rapports avec la syphilis. Thèse de Paris. 1906.

Titius. Über eine eigenartige Form der jugendlichen Paralyse. Inaugural-Dissertation. Königsberg. 1905.

Toulouse. Paralysie générale chez un enfant, simulant l'idiotie. Progr. méd. 1899. Nr. 26. Sitzungsbericht.

Toulouse et *Marchand.* Paralysie juvénile et épilepsie. Rev. de psych. 1899. Jouillet.

Toulouse et *Marchand.* Démence précoce par paralysie générale. Rev. de Psych. 1901. IV. Nr. 1.

Vallon. Paralysie générale précoce. Rev. de Psych. 1899. Sitzungsbericht.

Vogt und *Franck.* Über jugendliche Paralyse. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1905. Nr. 20.

Voisin, S. et *Roger.* Hyperthermie prolongée à la période terminale d'une paralysie générale infantile. Gaz. des hôpit. 1906. p. 955. Sitzungsbericht.

Watson, A. The pathology and morbid histology of juvenile general paralysis. Arch. of Neurol. 1903. Vol. II.

Weygandt. Über atypische juvenile Paralyse. Sitzungsbericht der physik.-mediz. Gesellschaft zu Würzburg. 1904. Nr. 2—3. Ref. Neurol. Zentralblatt. Bd. 23. p. 37?.

Wollburg. Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter. Inaugural-Dissertation. Kiel 1906.

Woltär, O. Beitrag zur Kasuistik der Paralysis progressiva im Kindesalter. Prager medizin. Wochenschr. 1905. Nr. 39.

Zadik. 3 Fälle von progressiver Paralyse im juvenilen Alter. Inaugural-Dissertation. Leipzig 1907.

Zappert. Ein 6 jähriges Kind mit progressiver Paralyse. Mitteilung der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde in Wien. 1905. IV. Nr. 8.

Paranoia?

Von

Dr. **H. Schaefer,** Oberarzt a. D. der Irrenanstalt Friedrichsberg in Hamburg.

Vor ungefähr zwei Jahren erschoß sich in Venedig ein fünfundzwanzigjähriger Mann aus Hamburg. Er hinterließ einen Zettel folgenden Inhalts: ich bin der und der aus Hamburg, 25 Jahre alt, besitze 150 000 Mark Vermögen, bin geistig und körperlich gesund, habe nichts verbrochen, habe aber keine Lust, auf den Tod zu warten. Zeitungen aller Länder berichteten über den Fall, viele von ihnen ergingen sich auch in Betrachtungen über denselben. Man bezeichnete den Mann als einen Philosophen, als allen moralischen, religiösen Gefühls bar, als Sonderling, als Verrückten, letzteres im allgemeinen Sinne von geistig abnorm. In der Öffentlichkeit, in Gesellschaften wurde der Fall besprochen, und soweit ich Erfahrung machte, wußten Ärzte systematisch nicht recht etwas mit ihm anzufangen. Mit Irrenärzten darüber zu sprechen, hatte ich keine Gelegenheit, auch ist mir nicht bekannt geworden, daß der Fall in der Literatur besprochen worden wäre. Ich halte eine solche Besprechung für lohnend, da sich in der Systematik, soweit mir bekannt, tatsächlich ein Rubrum für einen solchen Fall nicht findet.

Die ganze Art trägt den Stempel der Verrücktheit an sich. Der Selbstmord ist erfolgt in einem Raptus paranoicus. Der Gedanke, das Leben sei nur ein Warten auf den Tod, ist ein philosophisch-pessimistischer. Viele Menschen werden den Satz unterschreiben. Ich habe ihn dreimal aussprechen hören, einer setzte für Tod Hinrichtung, drückte sich also noch etwas markanter aus. Im Memento ist derselbe Gedanke enthalten. Wenn damit gesagt werden soll, nutze die Zeit aus, auch im guten Sinne ernster Tätigkeit und Fürsorge für

die Familie, so haben doch zu allen Zeiten die Lebemenschen (Hedoniker) gerade die Nutzanwendung für ein Genußleben daraus gezogen. Das Leben ist dann freilich nur ein beständiger Galgenhumor. Jeder von ihnen wird sagen: warten will ich schon, wenn möglich, nur recht lange. Jeder von ihnen hat gerade einen lebhaften Willen zum Leben, aber eine Scheu vor dem Tode.

Viel wenigere stimmt der Gedanke ernst zur Resignation. Gerade philosophische Erkenntnis in die Unerforschlichkeit transzendenter Dinge erhält sie in nüchterner Auffassung über Leben und Tod. Dem Gläubigen ist überhaupt die Scheu vor dem Tode genommen.

Bei unserem Kranken ist der Gedanke zur fixen Idee geworden, zur Beeinträchtigungsidee, zum Verfolgungswahn, der ihn allein systematisch beherrscht, ihm das Leben verbittert hat. Im Tode hat er seinen unablässigen Verfolger erblickt. Wie der hypochondrische Verrückte im Nichtigkeitsgefühl körperlichen Befindens, hat er im Nichtigkeitsgefühl seiner Lebensbestimmung Suizid begangen.

Sein Gedanke tritt auch in krankhafter Weise in Form der Zwangsvorstellung auf. Davon kann bei ihm keine Rede sein, er hält sich für geistig gesund. Wer sich, von einer solchen Zwangsvorstellung beherrscht, das Leben nimmt, motiviert auch nicht mit solcher Dialektik, sondern verschwindet still in ängstlichem Affekt. Unser Kranker hat seinem Verfolger mit seiner dialektischen Motivierung noch Affront bieten wollen, in paranoischem Raisonnement. Der Ausdruck „warten“ deutet auf das Chronische seines Gedankeninhalts hin. Von einer gemütlichen Depression wie bei der Zwangsvorstellung, der hypochondrischen Verrücktheit ist bei ihm keine Rede, verstandlich erscheint ihm das Leben zu dumm, er will nicht der Narr sein. Auf der Höhe der Lebhaftigkeit des Wahnes tritt der Raptus ein. Da sich das Raisonnement auf dem Gebiete philosophischen Denkens abspielt, kann man wohl von Paranoia philosophica sprechen.

An sich halte ich die verschiedenen Unterabteilungen der Paranoia für unwesentlich, denn nicht die Erscheinungsweise der Paranoia, sondern die paranoische Denkweise an sich ist nur wesentlich. Aber durch die nähere Charakterisierung wird ein solcher Fall besser verstanden, besonders von solchen, die der Psychiatrie ferner stehen.

Zweifellos kommen solche Fälle häufiger vor. Mancher Selbstmordfall, für den sich gar keine Ursache findet, mag hierher gehören,

die Art ist um so weniger festzustellen, wenn Dissimulation bis zu Ende beobachtet worden ist, die bei dieser Form gerade ganz unbeabsichtigt bleiben kann. Mancher behält seine Philosophie für sich.

Ein Leutnant erschießt sich und hinterläßt einen Brief an seinen Hauptmann: was soll der ganze Krempel? machen Sie Ihren Kram allein! Der Selbstmord überraschte. Kein natürliches Motiv ist festgestellt worden, ist in Verdacht gekommen. Genau dieselben Umstände lagen bei seinem Vater vor, einem höheren Beamten, der in jeder Weise in geordneten Verhältnissen lebte und gesund war. Er ging eines Tages nach dem Nachmittagskaffee auf sein Schlafzimmer und erschoß sich. Er hat überhaupt gar nichts geäußert. Er erschoß sich später wie der Sohn. Wenn ihm auch der Selbstmord des Sohnes Schmerz bereitet hatte, so waren doch alle Verwandten der Überzeugung, daß nicht etwa dieser Schmerz, der durch die Zeit schon gemildert war, die Ursache des Selbstmordes war. Affektive Störungen hatte er nie dargeboten. Daß der Selbstmord bei ihm kausal bedingt war wie beim Sohne, liegt am nächsten. Bei diesem lag ebenfalls philosophische Reflexion zugrunde, Gedanken über die Nichtigkeit des Lebens, Verachtung und Wegwerfung desselben mit einem raisonierenden Affront.

Die Frage würde nur sein, ob hier ebenfalls eine chronische oder vielleicht akute Geistesstörung vorgelegen hat, ob die Ursache des Selbstmordes ein Raptus paranoicus oder eine akute Psychose gewesen? Die Beeinträchtigung, der Beeinträchtiger sind hier nicht so deutlich ausgesprochen, wie im ersten Fall. Dennoch wäre paranoische Denkweise möglich, der Verfolger würde das Leben, die Beeinträchtigung die Anforderungen desselben sein. Wenn Schopenhauer das ganze Leben eine Mystifikation, eine große Prellerei nennt, so liegt darin etwas Paranoisches. Der Offizier kann schon längere Zeit von solchen Gedanken in stärkerem Maße wie Schopenhauer beherrscht worden sein und kann ebenfalls in einem Raptus Suizid begangen haben. Das gleiche kann beim Vater vorgelegen haben. Aber es ist auch die Möglichkeit nicht ausgeschlossen, daß in einem oder beiden Fällen eine akute Psychose vorgelegen hat.

Vielfach wird in solchen Fällen ja zumeist von plötzlichen melancholischen Anwandlungen gesprochen, weil die Melancholie die häufigste geistige Störung ist, welche zum Suicid führt. Die Bezeichnung ist vielleicht auch zutreffend, nur müßte man dann Melancholia

ebenfalls ergänzen durch philosophica, ähnlich wie durch hypochondrica. Nicht zutreffend würde die Annahme echter Melancholie sein, das Bild der Hemmung mit trauriger Verstimmung, Angst und Versündigungsideen. Davon hat bei dem Offizier, seinem Vater und dem Hamburger, wenn man da auch einen akuten Zustand annehmen will, nichts vorgelegen. Mit der Melancholie ist ein Nichtigkeitsgefühl hinsichtlich der moralischen Persönlichkeit, des moralischen Ichs verbunden, wie ein solches sich bei der Hypochondrie, auch in akuten Formen, mit Bezug auf die körperliche Persönlichkeit einstellt. Für das Nichtigkeitsgefühl auch als philosophischer Persönlichkeit würde die gemeinsame Bezeichnung Melancholia (philosophica), die auch für Hypochondrie gebraucht wird, geeignet sein, da bisher eine dritte Sonderbezeichnung nicht existiert hat. Letzteres aus dem Grunde, weil gerade diese Form versteckt, ohne auffallende Begleiterscheinungen und vor allem auch so plötzlich ablaufen kann, daß sie gar nicht erkannt wird, insbesondere, weil Kranke der Art eben wegen der Suizids gar nicht in Anstalten kommen. Ich glaube, daß Fälle von hereditärer Suizidneigung, die ohne auffallende (melancholische, hypochondrische) Erscheinungen verlaufen, für die man keine bestimmte Erklärung hat, gerade oft auf einer solchen Melancholia philosophica, wie auf Paranoia philosophica beruhen werden, auf einem Nichtigkeitsgefühl, welches die philosophische Persönlichkeit befällt. Charakterisiert sind solche Fälle in der Systematik nicht. Auch von impulsiven Akten, in denen sich ein Trieb äußert, ohne daß er recht zum Bewußtsein kommt, kann man nicht gut reden, mehr kalten Verstand, wie hier geäußert, kann man nicht verlangen. Vielleicht ist der eigentliche Krankheitsprozeß derselbe wie bei der Melancholie, der Hypochondrie (akutere Form), nur daß er sich eben in anderer Erscheinungsweise, Nichtigkeitsgefühl im philosophischen Denken, äußert.

Als periodisch auftretende Form der Zwangsvorstellung und Zwangsstimmung habe ich das Gefühl bei einer Dame beobachtet. Als Mädchen von 18 Jahren erkrankte sie zum ersten Male. Nach ihrer Angabe erschien ihr das Leben nichtig, sie fragte sich, was soll das alles, war sich des Krankhaften aber voll bewußt, hatte keine Hemmung, keine Versündigungsideen, hatte Trieb zum Suizid. Plötzlich, während sie in der Küche am Herd stand, waren Gedanken, Stimmung, Trieb eines Tages, wie sie selbst sagt, wie weggeblasen.

den zweiten Anfall als Frau von 35 Jahren. Dieselbe Form, wiederum plötzliche Änderung nach einigen Wochen Anstaltsbehandlung.

Eine Frage muß noch erörtert werden. Waren die Selbstmorde des Hamburgers und des Offiziers vielleicht Suggestivhandlungen schwachsinniger Phantasten? Gerade in der letzten Zeit ist diese Art des Selbstmordes häufiger aufgetreten. Ein sechszehnjähriges Mädchen in Braunschweig hat die Nacht hindurch einen Roman gelesen. Unmittelbar nach Schluß desselben, morgens 4 Uhr, verläßt es das Haus und ertränkt sich in der Oker. Die Eltern finden einen Zettel vor: verzeiht mir, aber ich konnte nicht anders, mein Schicksal ist genau dasselbe wie das der Romanheldin.

Der achtzehnjährige Banklehrling Brunke[1]) hat Schopenhauer gelesen, ganz, in einem Drama den Selbstmord verherrlicht. Er hat einige Wochen einen idealen Freundschaftsbund mit den Schwestern H. geschlossen, von denen die älteste mit einem reichen Russen verlobt ist. Letzterer tritt zurück. Sie hofft nun auf den Freund, der als Dichter ein berühmter Mann werden soll. Der hat defraudiert und hofft durch Honorar für Dramen wieder gut zu machen. Ablehnung der Dramen. Nun fordert die Freundin ihn auf, sie, die Schwester und sich selbst zu erschießen, da es ihr unerträglich sei, nur das Schicksal von Millionen zu teilen, einmal eine unbedeutende Frau zu werden. Die Schwester ist durchaus einverstanden. Brunke liest noch Kleists letzte Lebenstage und erschießt dann die Schwestern, sich selbst erhängt er einige Monate später in der Strafhaft.

Ein achtzehnjähriger Kommis hat einem gleichaltrigen Freunde versprochen, für ihn den Platz im Geschäft frei zu machen. Dann bleibt er aber. Er erklärt nun dem Freunde, er könne nicht mehr leben, da er sein Ehrenwort gebrochen habe. Der Freund teilt die Ansicht, meint aber, dann könne er auch nicht mehr leben, da er die eigentliche Ursache sei. Beide erschießen sich im Walde bei Querum.

Bei Breslau erschossen sich wegen unlösbaren Liebeskonflikts, nach dem Muster eines Romans, der Schlosser S., der Bäcker K. und das von beiden gleichzeitig geliebte Dienstmädchen S., mittelst eines Revolvers. Auf einem Zettel hinterließen sie die Angabe, daß sie die Tat in vollem Einverständnis aus obigem Motive vollführt hätten.

---

[1]) Schaefer, Der moralische Schwachsinn. Halle 1906. C. Marhold.

In allen den Fällen liegt der Schwachsinn klar zutage. Es wäre nun vielleicht möglich, daß beide, der Hamburger und der Offizier, von Schopenhauer suggeriert worden wären. Schopenhauer wird von der heutigen Jugend viel gelesen, d. h. man könnte Suggestivwirkung bei Schwachsinnigen annehmen. Bei dem Leutnant, dessen Bruder mir die Sache mitgeteilt hat, haben sich irgendwelche Anhalte für Schwachsinn nicht ergeben. In den genannten vier Fällen ist derselbe direkt aus den Umständen ersichtlich. Bei dem Hamburger spricht m. E. gegen Schwachsinn die Ordnung der Vermögensverhältnisse. Wenigstens lehrt doch die Erfahrung, daß Schwachsinnige leicht in ungeordnete Vermögensverhältnisse geraten. In der ganzen Art, dem Affront, liegt schon etwas, was nicht recht für Schwachsinn paßt. Dagegen wäre es nicht ausgeschlossen, daß Schopenhauer die Paranoia zum Ausbruch gebracht haben bzw. die Paranoiker in ihren Ideen bestärkt haben könnte, wie die Erfindung der drahtlosen Telegraphie unzählige Paranoiker in ihrem System bestärkt hat. Die Idee war bei ihnen früher, wie bei den Gelehrten. Dann befanden sich auch der Hamburger und der Offizier doch in einem höheren Alter, wie die Helden in den anderen Fällen, in einem Alter, in dem sich krankhafte Phantastik nicht mehr so geltend macht, in dem sich aber Paranoia schon einstellt. Es ist daher wahrscheinlicher, daß bei beiden das Nichtigkeitsgefühl primär auftrat, ob mehr chronisch oder akut, mag dann dahingestellt bleiben. Daß dasselbe ganz akut auftreten kann, zeigt der Fall der Dame.

Drei Fälle simulierter Geistesstörung mit dem Symptom „falscher Antworten“.

Von

Professor Dr. **P. Rosenbach,**
Chefarzt der Irrenabteilung am Nikolai-Militärhospital zu St. Petersburg.

In der modernen Psychiatrie ist das Kapitel über Simulation von Geistesstörungen im Vergleich zu früheren Zeiten sehr zusammengeschrumpft, und kasuistische Mitteilungen über solche Fälle werden in der gegenwärtigen Literatur verhältnismäßig selten angetroffen. Klinische und forensische Erfahrung lehrt, daß Versuche, das Bild einer Geistesstörung vorzutäuschen, in den meisten Fällen sehr bald entlarvt werden, und daß hartnäckige, lang dauernde Verstellung äußerst schwer durchzuführen ist. Auch ist unter den Irrenärzten die Ansicht sehr verbreitet, daß hartnäckige Verstellung am häufigsten von solchen Subjekten ausgeübt wird, die in der Tat in psychischer Hinsicht abnorm sind, so daß die Feststellung der künstlichen Beimischung simulierter psychopathischer Erscheinungen zu dem Kern reeller krankhafter Erscheinungen keine wesentliche Bedeutung hat und wenig praktisches Interesse bietet. Ein solcher Standpunkt hat allerdings eine feste Grundlage, und zwar beruht er auf der nahen Verwandtschaft zwischen den Gewohnheitsverbrechern und den Opfern erblicher Entartung, die an der Schwelle psychopathischer Erkrankung stehen und in vielen Fällen diese Schwelle überschreiten. Das anthropologische Studium des Verbrechers wurde bekanntlich populär und sozusagen im wissenschaftlichen Sinne obligatorisch in dem letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts unter dem Einfluß der Lehren *Lombrosos*, und mit dieser Periode des Aufblühens der kriminellen Anthropologie fällt die Veränderung der irrenärztlichen Anschauung von der Simulation zusammen. In der Tat läßt es sich durch anthro-

pologische Untersuchung, die natürlich auch die Psyche umfaßt, leicht nachweisen, daß sehr viele von den am meisten verbreiteten Vertretern des Verbrechertums, die von Jugend auf Diebstähle, Betrügereien oder Delikte gegen die Person begehen, verschiedene Anomalien nicht nur physischer, sondern auch geistiger Art aufweisen: abgesehen von ethischen Defekten ist ihre Gemüthssphäre abgestumpft oder leicht erregbar, und auch ihr Intellekt bietet Abweichungen von der Norm dar, ihr geistiger Horizont ist beschränkt, sie beurteilen ihre eigenen Interessen falsch, sie können ihre Angelegenheiten nicht zweckmäßig besorgen. Die Ursachen dieser Erscheinung sind mannigfach, und abgesehen von angeborener Organisation und erblicher Belastung spielen hier gewiß eine große Rolle die Verhältnisse, unter denen die Kindheit und Jugend dieser zukünftigen Verbrecher verläuft, ihre Erziehung oder richtiger der Mangel an Erziehung; ferner ist unzweifelhaft von nicht zu unterschätzender Bedeutung für die Ausbildung dieser Verbrecher-Naturen der in den letzten Jahrzehnten ungemein zunehmende Alkoholismus, welcher selbst klinische Bilder schafft, die alle möglichen Abstufungen von neurasthenischen Erscheinungen bis zu geistiger Minderwertigkeit und pathologischem Charakter aufweisen.

Wenn ein solches Subjekt zum Zweck, sich Straflosigkeit zu sichern, oder die Verhandlung eines Prozesses hinauszuschieben, als geisteskrank gelten will, wenn es auf geringfügige Reize mit Wutanfällen und aggressiven Impulsen reagiert, wenn es, in eine Irrenanstalt zur Exploration versetzt, hier in gedrückter Stimmung, apathischem Zustand mit Unbeweglichkeit und Schweigsamkeit verharrt — so ist es nicht selten sehr schwer zu sagen, wo seine durch Degeneration und Alkoholismus bedingte krankhafte Konstitution endet, und wo bewußte Vortäuschung krankhafter Erscheinungen beginnt. Nur letztere darf als Simulation im richtigen Sinne dieses Wortes bezeichnet werden. Wenn nun der ein solches Subjekt beobachtende Irrenarzt auf die Frage antworten muß, ob Explorand in psychischer Hinsicht krank oder gesund ist, so kann er doch nicht behaupten, daß keine Abweichungen von der Norm vorliegen, obgleich er sehr gut weiß, daß das klinische Bild Beimischung simulierter Erscheinungen enthält. Das Verhalten solcher Verbrecher erinnert in dieser Beziehung an das klinische Bild der Hysterie, wo häufig, ganz unabhängig von forensischen Interessen

eine Mischung pathologischer Erscheinungen mit solchen vorliegt, die das Resultat bewußter Vortäuschung ausmachen,. Auf dem Gebiet der Hysterie ist diese Eigentümlichkeit nicht nur dem behandelnden Arzt gut bekannt, sondern ihr Verständnis drängt sich auch der Umgebung der Kranken auf. Wenn der Mann einer solchen Hysterica den Arzt fragt — ist meine Frau wirklich krank oder handelt es sich um Verstellung? so kann der Arzt ihm auseinandersetzen, daß sich hier Krankheit und Simulation kombinieren, und daß diese Verstellung selbst krankhaften Ursprungs ist. Doch wenn das Gericht oder der Untersuchungsrichter eine solche Frage über den geistigen Zustand eines Exploranden stellt, dann sind solche Aufklärungen in der Antwort des beobachtenden Irrenarztes nicht zulässig. Falls der Explorand in psychischer Hinsicht Abnormitäten aufweist, so verliert die Beimischung simulierter Erscheinungen für das Gericht jegliche Bedeutung und bietet bloß theoretisches Interesse für den wissenschaftlichen Beobachter.

In mancher Hinsicht besteht auch Ähnlichkeit zwischen den hier in Rede stehenden simulierenden psychopathischen Naturen und den Unfallskranken, die im Gericht um die Rente kämpfen. Und zwar sind es solche Unfallskranke, die keine Symptome organischer Erkrankung des Nervensystems aufweisen, sondern nur an funktionellen Störungen mit dem Bilde der Neurasthenie, Hystero-Neurasthenie, Neurosis traumatica leiden. Der Schwerpunkt liegt dann in subjektiven Beschwerden, und objektive krankhafte Erscheinungen können dabei in sehr geringfügigem Maße vorhanden sein oder gänzlich fehlen. Infolgedessen entsteht für den Kläger leicht die Versuchung, seine subjektiven Beschwerden zu übertreiben oder auch solche anzugeben, die ganz aus der Luft gegriffen sind. Die subjektiven Symptome können sich auf die psychische Sphäre erstrecken: Übliche Begleiterscheinungen der traumatischen Neurose sind Verstimmung, verdrießliche Laune, Verlust des Interesses für alles außer dem Unfallsprozeß; der geistige Zustand solcher Subjekte wird durch Monoideismus charakterisiert, indem die „Begehrungsvorstellung“ alle anderen Elemente des Bewußtseinsinhalts zurückdrängt. Wenn ein solcher Zustand ohne Verstellung durch Autosuggestion bedingt ist, so haben wir es allerdings mit einer Erkrankung zu tun, deren Pathogenese an das Zustandekommen mancher hysterischer Symptome erinnert. Doch in vielen

Fällen sind dem klinischen Bilde Symptome beigemischt, die aus bewußter Fälschung entspringen, und es ist Aufgabe der Experten, in jedem einzelnen Fall diese zwei Kategorien auseinanderzuhalten, um den Grad wirklicher Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit zu bestimmen und dem Gericht Material zur gerechten Entscheidung des Prozesses zu geben. Eben durch diese praktische Notwendigkeit, die wirklich vorhandenen krankhaften Erscheinungen von den aus Eigennutz beigemischten künstlichen abzutrennen, unterscheidet sich die Aufgabe der Experten in den Unfallsprozessen von den Bedingungen des Gutachtens in Kriminalsachen; in letzteren hat die Beimischung simulierter Symptome zu reeller geistiger Erkrankung keine Bedeutung, insofern von partieller Zurechnungsfähigkeit keine Rede sein kann. Das ist der Hauptgrund, aus welchem verhältnismäßig selten Veranlassung vorliegt, über Simulation der Exploranden in Kriminalsachen zu reden oder richtiger zu schreiben.

Bei alledem kommen Fälle solcher Beimischung simulierter psychopathischer Erscheinungen zu krankhaften Zuständen, die durch Degeneration oder Alkoholismus bedingt sind, bei Untersuchungsgefangenen ziemlich häufig zur Beobachtung. In der von mir geleiteten Irrenabteilung des Nikolai-Militärhospitals zu St. Petersburg sind stets Soldaten zur Exploration, die wegen irgendwelcher Vergehen zur gerichtlichen Verantwortung gezogen sind. Während der Voruntersuchung sind sie im Regiment auf freiem Fuße unter besonderer Aufsicht oder — in schwereren Fällen — in Voruntersuchungshaft. Sobald ihr Benehmen in irgendwelcher Beziehung auffällig erscheint, z. B. wenn sie beim Verhör sinnlose Antworten geben oder gänzlich schweigen oder in der Haft Speiseaufnahme verweigern usw., — werden sie zur Exploration in unsere Irrenabteilung geschickt. Abgesehen von solchen, die wirklich geisteskrank ohne jegliche Beimischung von Simulation sind, kommen darunter häufig Subjekte vor, die eine solche Kombination aufweisen; die meisten von ihnen geben nach kurzer Zeit die Verstellungsversuche auf, und das Gutachten konstatiert den wirklich vorhandenen krankhaften Zustand — Debilitas mentis oder degenerative Psychose oder Alcoholismus chronicus usw., oder auch das Fehlen jeglicher psychischer Erkrankung; ihre Versuche, künstlich psychopathische Erscheinungen vorzutäuschen, bleiben in solchen Fällen sozusagen Geheimnis der Irrenabteilung.

Seltener kommen Fälle hartnäckiger, langandauernder Simulation vor, und auch hier liegt zuweilen neben der Verstellung ein krankhafter Geisteszustand vor, am häufigsten ebenfalls psychische Degeneration und Alkoholismus. Doch in einzelnen Fällen bleibt nach Abzug der vorgetäuschten Erscheinungen nichts Wesentliches im Sinne geistiger Erkrankung zurück, abgesehen von neurasthenischen Symptomen. die für das Schicksal des Explorанden keine Bedeutung haben können. und dann läßt sich die Simulation nicht verheimlichen. Aus einer ganzen Reihe solcher Fälle, die im Laufe mehrerer Jahre zur Beobachtung kamen, bringe ich hier drei zur Veröffentlichung. Die Veranlassung zur Simulation war in jedem derselben verschieden: im ersten war Explorand unter der Anklage des Mordes an seinem Vorgesetzten und in Erwartung eines Todesurteils; im zweiten handelte es sich um einen Rekruten, dem dreijähiger Militärdienst bevorstand; im dritten führte ein Lokomotivheizer einen Unfallprozeß um mehrere tausend Rubel. Aus den Krankengeschichten, die hier folgen, ist ersichtlich, daß alle drei Fälle das *Ganser*sche Symptom aufwiesen, und ich werde weiter unten darauf zurückkommen.

I. W. S., Matrose, 29 Jahre alt, rechtgläubig, aus dem Gouvernement Kostroma, unverheiratet. Untersuchungsgefangener, unter der Anklage des Mordes. Aufgenommen am 8. Mai 1905. Entlassen am 29. Oktober 1906.

W. S. war Ordonnanz (Hausdiener) bei einem Admiral a. D. zu St. Petersburg und hatte denselben im April 1905 getötet, indem er auf ihn mehrere Schüsse aus einem Revolver abgab. Er wurde sofort verhaftet und in das Militärgefängnis verbracht. Nach einigen Wochen wurde er infolge Unwohlseins von dort in die Arrestantenabteilung des Nikolai-Militärhospitals übergeführt. Hier klagte er bei seiner Einlieferung (am 6. Mai) über Halluzinationen und Schlaflosigkeit und wurde infolgedessen am nächsten Tage zur speziellen Untersuchung in die psychiatrische Abteilung geschickt. Die Untersuchung wurde von mir in Gegenwart mehrerer Ärzte mit großer Ausführlichkeit vorgenommen. W. S. erzählte uns sehr umständlich seinen ganzen Lebensgang und die Details des Mordes, mit genauer zeitlicher Lokalisation aller Ereignisse, und gab auf alle hierauf bezüglichen Fragen klare und deutliche Antworten. Seitens der inneren Organe wurden keine krankhaften Symptome konstatiert. Sein allgemeiner Ernährungszustand war herabgesetzt, die Haut blaß. das Gesicht etwas gedunsen. Am Penis ein kleines Geschwür (ohne spezifischen Charakter). Die gespreizten Finger zittern. In den Muskeln des Gesichts, der Zunge und Augenlider fibrilläre Zuckungen. Sehnenreflexe

etwas gesteigert, Pharyngealreflex herabgesetzt. Dermographie stark ausgeprägt. Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper etwas herabgesetzt. Pupillen gleichmäßig, mit erhaltener Reaktion. Keine Sprachstörung.

W. S. macht den Eindruck einiger psychischer Depression; er klagt über allgemeine Schwäche, Zerschlagenheit, Schlaflosigkeit und Schwindel; er behauptet, daß er beständig Trommelwirbel und Weibergeschrei höre. Das Bewußtsein ist völlig klar, das Benehmen korrekt, das Gedächtnis gut. Er erzählte uns, daß er von Hause aus Töpfer war, seit sieben Jahren Matrose sei; in den letzten Jahren war er Hausdiener beim Admiral a. D. N. N., war ihm sehr ergeben und hatte nichts gegen ihn; „er war in einem abnormen Zustand — sonst hätte er seinen Herrn nicht ermordet“. Bei der Beschreibung des Mordes begann er mehrmals zu weinen. Seiner Angabe nach ist er seit zehn Jahren dem Trunk ergeben, es kommen häufig Perioden vor, wo er stark trinkt, dann treibt er sich umher. Der Admiral hatte sich an ihn gewöhnt, hielt ihn trotz dieses Lasters, verzieh ihm sein Wegbleiben. Vor dem Morde hatte er sich wieder eine Woche lang umhergetrieben, stark getrunken, die Nacht vor dem Morde war er in einem Bordell; als er am Morgen nach Hause kam, fand er in der Küche einen andern Matrosen vor, der an seine Stelle kommen sollte. Als der Admiral ihn im Eßzimmer erblickte, machte er ihm seines Betragens wegen Vorwürfe; W. S. ging in die Küche zurück, nahm seinen Revolver aus seinem Koffer, und als er darauf den Admiral im Korridor traf, gab er auf ihn mehrere Schüsse ab — wie er sich zu entsinnen glaubt, in den Rücken. Vor kurzer Zeit hat er Syphilis akquiriert.

Es wurde beschlossen, W. S. zur Beobachtung in die psychiatrische Abteilung überzuführen.

Am nächsten Tage (8. Mai) wurde er bei uns aufgenommen. Von Anfang an benahm er sich korrekt, aß, schlief, nahm Medizin ein; auf Fragen der Ärzte bei der Visite antwortete er träge, einsilbig, aber richtig; beschäftigte sich mit nichts, knüpfte selten Gespräche mit jemand an, hielt den Kopf etwas nach vorn gebeugt und die Augen nach innen schielend, vermied, jemandem gerade ins Gesicht zu sehen. Er klagte über nichts, störte die Hausordnung in keiner Weise, war nicht aggressiv. Am vierten Tage seines Aufenthalts (11. Mai) ging ich zufällig während des Mittagessens durch den Speisesaal; er saß ruhig neben andern Kranken am Tische und warf plötzlich in meiner Anwesenheit seinen Teller an den Kopf seines Nachbars. Er bekam einen strengen Verweis mit der Drohung, daß man ihm bei Wiederholung solcher Tätlichkeiten die Zwangsjacke anlegen werde; seitdem kamen solche Sachen niemals mehr vor. Am nächsten Tage wurde er zur kollegialen Untersuchung ins ärztliche Kabinett geführt, und dieses Mal verhielt er sich ganz anders als bei der ersten Exploration: er hielt den Kopf gesenkt mit nach innen schielenden Augen, gab auf alle an ihn gerichteten Fragen höchst einsilbige Antworten, häufig „ich weiß nicht“ oder „ich erinnere mich nicht“ [illegible] die auf den

von ihm verübten Mord Bezug hatten, antwortete er gar nicht, meinte gar keinen Admiral zu kennen, konnte nicht erklären, in welchem Hospital er sich befinde, wieviel Tage er hier sei usw. Zuletzt wurde ihm eine Reihe elementarer Fragen vorgelegt: Welches Datum haben wir heute? welchen Tag? Wieviel Tage sind in der Woche, wieviel Finger an der Hand, wo ist die rechte und wo die linke Hand? Ferner wurden ihm Münzen vorgelegt mit der Aufforderung, sie zusammenzuzählen, ih en Wert zu nennen usw. Er gab falsche Antworten und zählte falsch (Vorbeireden).

Von diesem Tage an hörte er auf zu sprechen, gab auf Fragen gar keine Antworten und blieb im Laufe mehrerer Monate im Verkehr mit den Ärzten ganz stumm. Ihm wurde ein Zimmer für ihn allein angewiesen, er ging in demselben langsam umher oder lag stundenlang auf seiner Matratze, rührte sich nicht beim Eintritt und Begrüßung oder Anruf des Arztes. Zu seinen Bedürfnissen benutzte er den Abort und ging von selbst hinein und zurück. Wenn man die Kranken zum Spaziergang in den Garten führte, so ging er auch mit und kehrte mit ihnen zurück. Ende Mai hatte er zwei Tage lang Fieber — Angina follicularis, er selbst klagte über nichts und leistete dem Bepinseln des Rachens leichten Widerstand, aber im ganzen fügte er sich der Hausordnung. Seit Anfang Juni hörte er auf zu essen, berührte die Speisen nicht, obgleich man sie bei ihm stehen ließ, fing an, abzumagern. Wir schritten zur Sondenfütterung, der er anfänglich Widerstand leistete; dann ließ er sich einige Wochen lang ruhig durch die Sonde füttern, und darauf begann er wieder selbst zu essen und erholte sich bald, obgleich sein blasses Aussehen sich nicht besserte.

Er war die ganze Zeit unter besondere Aufsicht gestellt. Nach Angaben der Oberaufseherin und der Krankenwärter benahm er sich so, als ob er alles verstehe und nur nicht sprechen wolle. In Abwesenheit der Ärzte bat er zuweilen das Personal mit leisen Worten, ihm eine Zigarette zu schenken oder Feuer zu geben. Ein neben ihm wohnender geisteskranker Soldat, der öfters den fruchtlosen Versuchen der Ärzte, aus ihm ein Wort herauszubringen, zusah, erzählte uns anfangs Juni von selbst, daß W. S. ihn um Rat gefragt hatte, wie er sich verhalten solle, ob er sprechen solle oder nicht.

Im Juli und August das nämliche Betragen.

10. September. Auf die Frage des Ordinators, wie lange er schon hier sei, antwortete er leise: „es ist kalt“ und wiederholte dieses Wort (kalt) auch auf andere Fragen.

21. September. Am Abend wandte sich W. S. von selbst an den Feldscher mit der Frage, warum man ihm keine Zigaretten gebe; dann fing er an zu weinen und sagte, er sei nicht verrückt.

22. September Bei der Visite bat er den Arzt, mit ihm ohne Zeugen zu sprechen, und erklärte dann unter vier Augen, daß er nicht mehr den Narren spielen möchte, er sei nicht verrückt und sehe ein, daß es nicht

gelinge, sich zu verstellen. Er ließ sich in ein langes Gespräch ein, in welchem auch die Ermordung des Admirals berührt wurde; er meinte, daß an diesem Morde nicht er schuld sei, sondern sein Vater, der sehr reizbar und jähzornig sei, einmal sogar ein Pferd mit dem Beil erschlagen habe; sie seien alle in der Familie so jähzornig, können sich nicht zurückhalten. Zuletzt klagte er dem Arzt über Leibschmerzen.

23. September. Spricht wie gestern, sowohl mit dem Ordinator als auch mit mir in ausführlicher und besonnener Weise. Erzählt unter anderem daß der Admiral seinen Charakter kannte und sich vor ihm fürchtete, wenn er betrunken war: „er ging dann fort, entweder zu Bekannten zu Besuch oder spazieren auf ein paar Stunden". ... „Als der Admiral mich wegschickte, ging ich in die Küche, meine Sachen zu packen, erblickte den Revolver, — und dann weiß ich selbst nicht, was in meinem Kopf vorging." Er erzählte auch viel von seinem früheren guten Leben, wie er dem Vater und den Brüdern half. In Orts- und Zeitverhältnissen ist er völlig orientiert.

Nach diesen zwei Tagen unerwarteter Offenheit kehrte er zu seinem früheren Benehmen zurück. Er wurde wieder schweigsam, antwortete auf keine Frage, reagierte in keiner Weise au Eintritt des Arztes, saß oder stand stundenlang in seinem Winkel mit maskenartigem Gesichtsausdruck und leicht nach innen schielenden Augen. Dabei aß er genügend von selbst, war reinlich, ging spazieren, schlief gut, bat zuweilen das Personal (mit Worten) um Tabak, und es wurde trotz sorgfältiger Beobachtung keine einzige unsinnige oder impulsive Handlung seinerseits registriert.

21. November. Auf ha tnäckiges Verlangen, die Zunge zu zeigen, sagt er endlich: „ich habe kein Zunge' und dabei streckt er sie heraus. Auf weitere Fragen gab er keine Antwort, aber zuletzt murmelte er etwas Unverständliches vor sich hin

Dieser stationäre schweigsame Zustand hielt den ganzen Winter 1905—1906, auch den Frühling und Sommer 1906 hindurch bis Ende Juli an, und erst dann trat eine Veränderung auf.

20. Juli 1906. W. S ist gesprächig geworden. Er wendet sich selbst an den Arzt während der Visite und verlangt mit frechem Tone ihn zu entlassen. Gebraucht grobe zynische Ausdrücke. Erklärt auf Fragen über sein langes Schweigen, daß er gar nicht wisse, was in der Zeit vorgegangen sei, und nur durch die Wärter erfahren habe, daß er sich hier schon über ein Jahr befinde. Will sich nicht entsinnen können, daß sein Admiral ermordet wurde, und will es gar nicht zugeben; behauptet, daß er lebt, und verlangt, zu ihm gelassen zu werden. Spricht langsam, geht von einem Gegenstand zu ganz entfer t liegenden über.

Seitdem kamen solche Unterhaltungen mit geringfügigen Variationen fast jeden Tag bei den Visiten vor. Er macht den Ärzten in grober Form Vorwürfe, warum sie ihn quälen, sein Blut aussaugen, warum sie ihn

hier festhalten: „Wenn ich gesund bin — was soll ich hier?“ „Weshalb halten Sie mich ohne Veranlassung!“ Von der Ermordung des Admirals will er nichts wissen. — „Was schieben Sie mir da in die Schuhe?“ Dem Feldscher antwortete er auf die Frage, warum er so lange stumm war, daß er sich an nichts erinnere, daß ihm so sei, als ob er eben erst geboren wäre. Sich selbst überlassen, war er auch in dieser Periode mißmutig, hielt sich fern von seinen Nachbarn, saß oder lag in seinem Zimmer stundenlang auf einem Fleck oder ging hin und zurück mit herabgesenktem Kopf.

18. September. W. S. wurde ins Kabinett gerufen, wo mehrere Ärzte versammelt waren. Anfänglich gab er auf Fragen über seine Personalien, seinen Prozeß usw. ganz sinnlose Antworten, als ob er alles vergessen habe und nichts begreife. Man setzte ihm auseinander, daß es in seinem Interesse liege, diese Fragen zu beantworten, da sonst seine Sache nicht beendet werden könne und er auf unbestimmte Zeit in der Irrenanstalt verbleiben müsse. Daraufhin erzählte er in zusammenhängender Form, wie er aufgewachsen sei, wie er sein Handwerk erlernt habe, wie er dann in die Flotte eingereiht und später als Diener beim Admiral angestellt wurde. Doch auf eine Unterredung über die Ermordung des Admirals ging er nicht ein, meinte, ihm sei darüber nichts bekannt, er habe vor Ostern stark zu trinken angefangen und habe sich herumgetrieben, und der Admiral sei unterdessen verreist. Auf weitere Fragen erzählte er, daß der Admiral ihm 5 Rubel monatlich gezahlt habe, und außerdem bekam er von der Krone 5 Rubel. Im Gespräch nannte er einen der anwesenden Ärzte in Generalsuniform „Exzellenz“; als ihm vorgeschlagen wurde, den Rang eines anderen, nebenbei sitzenden Arztes zu nennen, meinte er, daß er überhaupt nichts begreife, daß ihm schwindlig sei, und stieß mehrere zusammenhanglose Worte hervor. Man zeigte ihm einen Rubel. — „Was ist das?“ Er antwortete nicht und klagte über Schwindel. Dann wieder erklärte er von selbst in frecher Form, daß ihm der Aufenthalt hier schon längst überdrüssig geworden sei, er sei gesund, man müsse ihn entlassen. Auf die Bemerkung, daß er Untersuchungsgefangener sei, unter Anklage stehe und vor Beendigung seines Prozesses nicht freikommen könne — meinte er wieder, daß er nichts wisse, sprach wieder zusammenhangloses Zeug. Keine Sprachstörung. Pupillen gleichmäßig. Gesichtsausdruck ärgerlich.

19. September. Wurde wieder ins Kabinett gerufen. Ist sehr ungehalten, spricht in frecher, herausfordernder Weise: warum halte man ihn hier, warum werde er nicht aus der Anstalt entlassen? Man schreitet zur Untersuchung der Hautempfindlichkeit mit dem Induktionsstrom. Er entkleidet sich ungern, macht drohende Gebärden, schimpft auf die Ärzte. Er erträgt ziemlich starke Ströme ohne Klagen über Schmerz, gibt aber an, daß er den Strom empfindet. Wir setzten ihm auseinander, daß seine Entlassung vielleicht mit Beihilfe seiner Verwandten sich bewerkstelligen

ließe, ob er nicht jemandem schreiben könne. Er sagte, daß er in Petersburg einen Bruder habe. Auf die Frage, ob er dessen Adresse kenne, antwortete er bejahend, und aufgefordert, die Adresse aufzuschreiben, schrieb er sie sofort auf. Ich gab ihm den Rat, beim Oberwärter Papier und Kuvert zu verlangen und den Bruder zu morgen herzubestellen.

20. September. Gestern bat W. S. den Oberwärter um Papier und Kuvert und verfaßte an seinen Bruder einen Brief des Inhalts, daß er morgen, den 20. (Dienstag), kommen möchte, der Chefarzt verlange ihn zu sprechen; auf dem Kuvert war die nämliche Adresse aufgeschrieben, die er gestern im Kabinett angegeben hatte. Bei der Visite fragte er den Arzt: nun, wann werde ich freigelassen, und bekam die Antwort, daß noch einige Formalitäten zu erfüllen seien. Nach Aussagen des Personals benimmt er sich ganz korrekt, ist schweigsam, gibt aber auf zufällige Fragen der anderen Kranken und Wärter stets prompte und richtige Antworten, die von vollem Verständnis zeugen.

21. September. Auf die Frage, ob sein Bruder bei ihm gewesen sei, antwortet er (richtig) verneinend; auf die Frage, wann er ihm geschrieben habe, nennt er den richtigen Tag. Auf die Bemerkung des Arztes: „Wie klug du geworden bist, früher konntest du nicht rechts von links unterscheiden, und jetzt kennst du sogar die Wochentage"—sagt er mit frechem, unzufriedenem Ton, daß ihm im Kopf schwindele, daß ihm alles überdrüssig sei.

21.—27. September. Stationärer Zustand. Bei der Visite verlangt er von den Ärzten in frecher Weise seine Entlassung und macht ihnen Vorwürfe, daß sie ihn so lange ohne Grund halten. Sonst ist er ruhig, fügt sich der Hausordnung, liest, blättert in illustrierten Zeitschriften, ißt gut und schläft gut.

28. September. Man bringt ihm seine Uniform und teilt ihm mit, daß er entlassen ist, er möge sich ankleiden und herunterkommen. Er zog sich schnell um und ging ruhig die Treppe hinunter. Im Vestibül erwarteten ihn zwei bewaffnete Soldaten, um ihn ins Gefängnis abzuführen. Als er sich überzeugte, daß die Soldaten ihn abholen sollten, wurde er wütend, entwand sich aus den Händen der ihn haltenden Wärter und zerschlug mit dem Fuß eine Glasscheibe in der Tür. Nur mit großer Mühe gelang es, ihn festzuhalten und ins Isolierzimmer zu bringen, wo er sich beruhigte.

29. September. Er wurde aus dem Isolierzimmer in einen speziellen Arrestantenwagen gebracht und ins Militärgefängnis transportiert.

Die Krankengeschichte endet mit dem Satz, daß W. S. im Hospital versuchte und auch jetzt noch versucht, den Eindruck eines Geisteskranken oder Schwachsinnigen zu machen, daß er aber tatsächlich psychisch gesund und sein Betragen simuliert sei.

Zum richtigen Verständnis der Aufführung des soeben beschriebenen Simulanten in der Irrenabteilun[illegible] mehrere Neben-



umstände besprochen werden. Auf mich machte er den Eindruck von Simulation bereits während der ersten (ambulatorischen) Untersuchung, als er aus der Arrestantenabteilung zu mir geschickt wurde und über Sinnestäuschungen klagte. Damals war sein Bewußtsein völlig klar, er erzählte umständlich in zusammenhängender Rede seine Lebensgeschichte, auch den Hergang des Mordes, meinte unter anderem, daß er in diesem Moment in einem „abnormen" Zustand gewesen sei, und dabei behauptete er Trommelschlag und Schreien unbekannter Weiber zu hören. Er war unzweifelhaft Trinker und hätte natürlich leicht Delirium tremens haben können. Doch ist diese Psychose bei lebhaften Sinnestäuschungen stets mit einer wenn auch unbedeutenden Bewußtseinstrübung verbunden, und außerdem zeigt die Erfahrung, daß solche an Sinnestäuschungen leidenden Geisteskranke ihre Halluzinationen fast niemals von selbst in so präziser Form schildern; im Gegenteil, nur durch hartnäckiges Ausfragen gelingt es, ihnen genaue Angaben über das, was sie zu hören oder zu sehen vermeinen, zu entlocken. Trotzdem wollte ich es nicht auf mich nehmen, in einem so wichtigen forensischen Fall die Geisteskrankheit bei W. S. auf Grund einmaliger Untersuchung zu verwerfen, und ich verlangte, daß er in die psychiatrische Abteilung zur Beobachtung übergeführt würde. Als W. S. hier nach einigen Tagen plötzlich das *Ganser*sche Symptom aufwies, wurde ich in der Auffassung dieses Falles als Simulation bedeutend bestärkt. Dann kam das lange, hartnäckige Schweigen im Laufe mehrerer Monate, mit Reaktionsverlust auf äußere Eindrücke, mit unbeweglichem, maskenartigem Gesichtsausdruck. Da fing ich selbst an zu zweifeln, und einige Anstaltsärzte hielten eine so lang andauernde Verstellung für ganz unmöglich. Nun gestand W. S. Ende September 1905, daß er vorsätzlich habe den Narren spielen wollen, und man konnte sich von der völligen Klarheit seines Bewußtseins und Fehlen jeglicher Intelligenzstörung überzeugen. Als er dann nach zwei Tagen in sein früheres Schweigen verfiel, hielt ich doch seine Verstellung für erwiesen, während einige der ihn in der Anstalt beobachtenden Ärzte noch immer die Möglichkeit einer Psychose annahmen. Infolge dieser Meinungsverschiedenheit vermied ich es, auf wiederholte Anfragen des Untersuchungsrichters über das Ergebnis der Exploration bestimmte Antwort zu geben, und meldete jedesmal, daß zur endgültigen Entscheidung noch weitere

Beobachtung erforderlich sei. Ich hegte die Hoffnung, daß mit der Zeit die Verstellung des Exploranden sich in unbestreitbarer, für alle überzeugender Weise feststellen lassen werde, und erklärte mir selbst seine Hartnäckigkeit dadurch, daß er für sein Verbrechen ein Todesurteil gewärtigen konnte.

Im Anfang Juli 1906 verließ ich Petersburg für zwei Monate, und als ich anfangs September zurückkehrte, fand ich W. S. in ganz verändertem Zustand vor: er war gesprächig, hatte sicheres, sogar freches Auftreten, verlangte seine Entlassung, klagte nicht über Sinnestäuschungen, wies überhaupt in seinem Betragen nichts Krankhaftes auf. Für diese Veränderung fand ich auch einen triftigen Grund, und zwar war folgendes passiert. In meiner Abwesenheit Ende Juli traf wieder eine Anfrage des Untersuchungsrichters ein, und dieses Mal gaben die mich vertretenden Anstaltsärzte, die an die Möglichkeit einer so hartnäckigen Simulation nicht glaubten, ihr Gutachten in präziser Form ab: W. S. leidet an Geisteskrankheit, und zwar an Katatonie. Bevor sie dieses Gutachten abschickten, forderten sie wieder W. S. zur kollegialen Untersuchung im ärztlichen Kabinett auf, und hier wurde die Entscheidung im Sinne einer Annahme von Geisteskrankheit getroffen. W. S. erriet natürlich, daß das Gutachten zu seinen Gunsten ausgefallen sei, daß sein Prozeß infolgedessen niedergeschlagen werde, und gab sofort (vom 28. 7.) das Schweigen auf, das ihm offenbar überhaupt schwer fiel; von Anfang an hatte er in Abwesenheit der Ärzte sein Schweigen unterbrochen, indem er das Wärterpersonal und die Aufseherin um Tabak und Feuer bat. Als ich nach meiner Rückkehr ihn von neuem wiederholt ins Kabinett kommen ließ, wurde er ärgerlich; er konnte sich nicht erklären, wozu diese neuen Untersuchungen nötig seien, nachdem seine Sache abgetan war. Auf jeden Fall wies er wieder das Symptom des Vorbeiredens auf, doch der Vorschlag, seinen Bruder zum Besuch aufzufordern, erschien ihm so verlockend im Sinne einer Hoffnung auf baldige Entlassung, daß er seine Fähigkeit, zweckmäßig zu handeln, nicht verbarg und sich verriet. Als er die bewaffneten Soldaten erblickte, da sah er ein, daß er sich verrechnet habe, und geriet in ohnmächtige Wut.

Übrigens hatten die Beziehungen unserer Irrenabteilung zu W. S. mit dessen Entlassung nach fast 17-monatiger Beobachtung nicht ihren Abschluß erreicht. Wie gesagt, wurde er am 29. September 1906

als geistesgesund entlassen und in Erwartung des weiteren Verlaufs seines Prozesses in das Militärgefängnis transportiert. Nach zwei Wochen schrieb er mir von dort per Post einen Brief, in welchem er mich bat, mich seiner zu erbarmen, ihn aus dem Gefängnis frei zu machen, es sei ihm dort langweilig, überhaupt gefalle es ihm dort nicht, man lasse keinen Besuch zu ihm, dabei wisse niemand, weshalb man ihn dort halte. Natürlich blieb der Brief unbeantwortet. Nach zwei Monaten, am 3. Dezember 1906, bekam er im Gefängnis plötzlich einen „Tobsuchtsanfall", zertrümmerte die Möbel, schlug um sich usw., und infolgedessen wurde er am 4. Dezember wieder in unsere Irrenabteilung gebracht. Diesmal blieb er bei uns fast 4 Monate, bis zum 26. März 1907. Während dieser Periode war kein einziges Mal Vorbeireden konstatiert worden, er benahm sich die ganze Zeit ruhig, geordnet, besonnen, antwortete auf alle Fragen, nur über die Ermordung des Admirals wollte er nicht sprechen; doch über andere Dinge unterhielt er sich gern, schilderte uns auch genau die Lebensweise und Hausordnung im Gefängnis usw. Unterdessen war das in meiner Abwesenheit verfaßte Gutachten, daß W. S. an Katatonie leide, durch den Untersuchungsrichter dem Gericht zugestellt, und W. S. wurde der russischen Gerichtsordnung gemäß zur Exploration in die speziell für solches Verfahren zusammentretende Gerichtssitzung geladen. Die vom Gericht bestellten Irrenärzte bestritten das Gutachten nicht, die Geisteskrankheit des Inkulpaten wurde vom Gericht anerkannt und sein Prozeß annulliert. Danach wurde W. S. einer Landesirrenanstalt in der Provinz überwiesen, und über sein weiteres Schicksal ist mir nichts bekannt.

II. J. S, Rekrut, 22 Jahre alt, rechtgläubig, russischer Kleinbürger aus dem Gouvernement Wologda, unverheiratet. Aufgenommen am 11. Juni, entlassen am 10. August 1907.

Mittleren Wuchses, mit regelmäßigem Körperbau, herabgesetztem Ernährungszustand, blasser Haut. Pupillen etwas ungleichmäßig, die linke erweitert, Reaktion ungeschmälert. In der Gesichtsmuskulatur und Zunge fibrilläre Zuckungen, in den Fingern Zittern. Gesteigerte Dermographie. Sehnenreflexe erhöht Hautreflexe mäßig, Hautsensibilität an der Brustgegend etwas erhöht. Schädel und Wirbelsäule etwas schmerzhaft bei Perkussion. Keine Sprachstörung. Seitens der inneren Organe nichts Abnormes. Bewußtsein klar: J. S. ist in Zeit- und Raumverhältnissen gut orientiert, klagt über allgemeine Schwäche, Zerschlagenheit, Ängstlichkeit. Er antwortet auf die ihm gestellten Fragen richtig, aber

träge und ungern; seine Gemütsstimmung erscheint deprimiert. Er äußert vereinzelte Verfolgungsideen: es kommt ihm vor, als ob der Feldscher und die anderen Kranken ihm feindlich gesinnt sind, ihn ermorden oder vergiften wollen; er könne nicht begreifen, was die Leute gegen ihn haben; zuweilen höre er Stimmen verschiedener Personen, die über ihn lachen und ihn erschrecken.

Im weiteren zeigt die Beobachtung in unserer Anstalt, daß J. S. sich von den Mitkranken fernhält; er benimmt sich ruhig und vernünftig, fügt sich der Hausordnung, doch zuweilen zeigt er sich widerspenstig bei der ärztlichen Untersuchung, ist ohne Veranlassung unwirsch und grob gegen den Arzt; manchmal geht er nicht zum Mittagstisch, will nichts essen, äußert hartnäckig Verfolgungsideen, fürchtet, daß die Kranken ihn ermorden oder vergiften wollen.

J. S. war zu uns aus dem Militärlazarett in R. übergeführt worden. Aus der dortigen Krankengeschichte sind folgende anamnestische Daten zu ersehen: J. S. wurde in diesem Lazarett im Laufe dreier Monate wegen syphilitischer Erkrankung behandelt und am 12. Mai 1907 entlassen. Nach 2 Tagen (14. Mai) kam er wieder ins Lazarett mit Klagen über allgemeine Schwäche. In den inneren Organen wurde nichts Krankhaftes gefunden, die syphilitischen Erscheinungen waren verschwunden; J. S. klagte über Verlust des Appetits, aß aber seine Portion auf und erbettelte sich noch Zulagen von den anderen Kranken. Auf Fragen antwortete er ungern, zuweilen ganz richtig, zuweilen aber so, als „ob er schwachsinnig wäre", häufig ganz sinnlos. Infolge solcher Erscheinungen wurde er am 9. Mai in die Nervenabteilung des Nikolai-Militärhospitals transportiert. Hier war er verstimmt, antwortete träge, behauptete, daß er in der Nacht Lokomotivpfiffe höre, daß er die Trennung von seinen Verwandten nicht verschmerzen könne. Zwei Tage darauf wurde er in unsere psychiatrische Abteilung übergeführt.

Einige Wochen nach seiner Aufnahme wurde J. S. ins ärztliche Kabinett zur Untersuchung in Gegenwart mehrerer Ärzte gerufen. Hier äußerte er die nämlichen Verfolgungsideen und Klagen über allgemeine Schwäche und Unwohlsein, behauptete auch Lokomotivpfiffe zu hören. In seiner Gegenwart wurde der Vorschlag gemacht, ihn für untauglich zum Militärdienst zu erklären und von der Wehrpflicht zu befreien. In den nächsten Tagen gab er bei der Visite ganz unsinnige Antworten oder sprach in ganz unzusammenhängenden Worten. Dabei blieb sein Benehmen ruhig, korrekt. Nach einigen Tagen wurde er wieder ins ärztliche Kabinett gerufen. Man zeigte ihm verschiedene Geldstücke — er meinte sie nicht zu kennen, benannte sie falsch, konnte sie nicht zusammenzählen; ebenso zählte er ein Häufchen auf den Tisch geworfener Zündhölzer falsch und gab auf Fragen über die Farbe verschiedener Gegenstände — Tischdecke, Tintenfaß, Bleistift usw. — falsche Antworten. Etwas später ließ ich mich mit ihm in eine vertrauliche Unterhaltung über sein früheres Leben ein,

und er erzählte nun, daß er bis zum Herbst 1906 Coiffeurgehilfe war, eine gute Stelle in einem Geschäft auf einer belebten Straße in Petersburg hatte, durch Gehalt und Trinkgelder gegen 100 Rubel monatlich verdiente; er bummelte von Zeit zu Zeit und zog sich vor einem Jahre die Syphilis zu. Ferner schilderte er seine Familienverhältnisse und gab die Adresse seiner Mutter an, die auch in Petersburg wohnte. Aus seiner Erzählung war deutlich herauszuhören, daß ihm die Wehrpflicht einen Strich durch die Rechnung gemacht habe, indem er seine gute Stellung aufgeben und in sein Regiment gehen mußte, das in einer Provinzstadt stand, fern von seiner Familie. Ich ließ seine Mutter kommen, und dieselbe bestätigte seine Angaben, daß er mehrere Jahre hintereinander in einem Coiffeurgeschäft angestellt war und die Stelle im Herbst 1906 wegen der Rekrutenaushebung aufgeben mußte; sie gab auch an, niemals früher Anzeichen von Wahnsinn bei ihm bemerkt zu haben. Darauf erklärte ich dem Explorauden, daß wir ihn für den Militärdienst tauglich hielten, daß er durch sein Benehmen uns nicht irre machen werde, daß er wegen Versuchs, sich der Wehrpflicht zu entziehen, zu gerichtlicher Verantwortung gezogen werden könne. In den nächsten Tagen gab er noch zuweilen sinnlose Antworten, aber nach wiederholten Auseinandersetzungen, daß er einen Kriminalprozeß riskiere, und nach Zureden seitens seiner Mutter, welcher der Sachverhalt klar gemacht wurde, begann er sich normal zu verhalten, klagte nicht mehr über Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, und wurde am 10. August als psychisch-gesund, zum Dienst tauglich entlassen.

In diesem Fall machte die Feststellung der Simulation keine besonderen Schwierigkeiten, und sie erweckte keine Meinungsverschiedenheiten unter den Anstaltsärzten, obgleich einige im Laufe der ersten 3—4 Wochen an wirkliche Geisteskrankheit in Form von Dementia praecox dachten. In mir entstanden starke Zweifel an der Echtheit der krankhaften Erscheinungen hauptsächlich dann, als J. S. am Tage nach der ersten Untersuchung im Kabinett begann, sinnlose Antworten zu geben, während er sich im übrigen ganz korrekt benahm und im Kabinett sehr genau seine Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen geschildert hatte. Meine Zweifel wurden zur Gewißheit, als J. S. bei der nächsten Untersuchung im Kabinett das Symptom des Vorbeiredens darbot und dabei seine ganze Lebensgeschichte erzählen konnte mit richtiger Auffassung der Verhältnisse und genauer Lokalisation der Tatsachen in Raum und Zeit. Das schnelle Verschwinden aller abnormen psychischen Symptome nach den in der Krankengeschichte geschilderten Unterhandlungen ist wohl einem offenen Geständnis, daß dieselben simuliert waren, gleichwertig.

Nach seiner Rückkehr ins Regiment hat J. S. wohl keine weiteren Verstellungsversuche gemacht — sonst hätte man ihn in die psychiatrische Abteilung unseres Hospitals zurückgeschickt. Nach einigen Monaten erschien er übrigens von neuem in unserem Hospital, und zwar in der Nervenabteilung. Sein sonderbares Betragen gab Veranlassung, ihn wieder zu mir zur Begutachtung zu schicken. Ich gab ihm den Rat, die Verstellung ein für allemal aufzugeben, und lehnte seine Aufnahme zur weiteren Beobachtung ab. Er blieb dann noch kurze Zeit in der Nervenabteilung und wurde als gesund entlassen.

III. G. K., Bauer, 32 Jahre alt, rechtgläubig, aus dem Moskauschen Gouvernement, verheiratet, aufgenommen am 10. Oktober, entlassen am 11. November 1907.

Er wurde auf Bitte seines Rechtsanwalts für einen Monat als Pensionär (gegen Zahlung) aufgenommen, zur Feststellung seines psychischen Zustandes. Er führte im Petersburger Gericht einen Unfallprozeß. Er war Heizer auf einer Lokomotive, hatte vor ungefähr einem Jahre bei einem Eisenbahnunfall eine Beschädigung am Kopf erlitten und verlangte von der Eisenbahndirektion wegen Verlust der Arbeitsfähigkeit eine Entschädigungssumme von mehreren tausend Rubeln. Gemäß der russischen Zivilprozeßordnung war er im Gericht von drei Experten untersucht worden, doch letztere fanden, daß sein psychischer Zustand durch Beobachtung in einer Anstalt aufgeklärt werden müsse.

Status praesens bei der Aufnahme in unsere Abteilung.

Mittleren Wuchses, von regelmäßigem Körperbau, allgemeiner Ernährungszustand befriedigend. Am Kopf finden sich zwei Narben, eine in Linienform an der Stirn, die andere unregelmäßiger Form an der rechten Scheitelgegend. Beide Narben sind beweglich, ohne Veränderung der darunterliegenden Gewebe. Seitens der Brust- und Bauchorgane nichts Krankhaftes, mit Ausnahme einer unbedeutenden Vergrößerung der Leber. Das Aussehen ist deprimiert, grämlich. Explorand ist sehr schweigsam und gibt auf Fragen nur kurze, träge Antworten. Er klagt über Kopfschmerzen, Geräusch im Kopf, schlechten Schlaf, Schwäche in den Beinen und allgemeine Schwäche. Hält sich mit Mühe auf den Beinen, schwankt bei Untersuchung des Gehens. Zittern an den Fingern und an der Zunge. Haut- und Sehnenreflexe gesteigert. Pupillen gleichmäßig, reagieren gut.

Er wurde ins Bett gelegt. Er fügt sich der Hausordnung, ist reinlich, geht ohne Hilfe ins Klosett. Verzehrt seine Portion ohne Zureden. Schläft gut. Temperatur zwischen 36—37 Grad. Sich selbst überlassen, liegt oder sitzt er ruhig im Bett, tut nichts, zeigt für nichts Interesse, knüpft mit niemandem ein Gespräch an. Auf Fragen über seine Gesundheit antwortet er einsilbig, leise, nicht sofort, zuweilen erst nach Wiederholung der Frage. Die Sprache selbst ist ohne Störung, doch spricht er langsam.

Der Inhalt seiner Antworten ist stereotyp: Kopfschmerzen, Geräusche im Kopf, Schwäche, keine Besserung usw. Gesichtsausdruck verdrießlich, einförmig.

Am 24. Oktober, zwei Wochen nach seiner Aufnahme, wurde G. K. zur ausführlichen Untersuchung ins ärztliche Kabinett gerufen, in Gegenwart mehrerer Ärzte. Die oben geschilderten Untersuchungsergebnisse wurden bestätigt und ergänzt: Bauchreflexe ungleichmäßig — links lebhafter, als rechts; Rachen- und Konjunktivalreflexe sind vorhanden. deutlich ausgeprägte weiße Dermographie. Auf Fragen antwortet er sehr träge, einsilbig; auf manche Fragen — über Geburtsort, Alter, Konfession — gar nicht. Es werden ihm verschiedene Geldstücke vorgelegt — er benennt sie alle falsch: 5 Rubel (Goldstück) — 1 Kopeke; 15 Kopeken — 30; Dreirubelschein — ist ihm unbekannt; wieviel sind 15 und 10 Kopeken zusammen — das kann er nicht ausrechnen. Man zeigt ihm einen blauen Bleistift, er nennt ihn schwarz. Man läßt ihn laut ein Häufchen auf den Tisch gestreuter Zündhölzchen zählen, er zählt 1, 2, 3, 4, 5 — 7, 8 (läßt 6 aus). Man sagt ihm ins Gesicht, er möge sich doch nicht verstellen. Er protestiert gegen diese Anschuldigung, doch auf neue Fragen benennt er den blauen Bleistift richtig. Bei Untersuchung der Hautempfindlichkeit gab er bei einfachen Berührungen positive Antworten, doch bei Nadelstichen gab er an, gar nichts zu fühlen. Als anstatt der Nadel ein faradischer Strom appliziert wurde, erwies sich die Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper erhalten, und dabei an der linken Körperhälfte etwas herabgesetzt. Die elektrische Muskelerregbarkeit ist auch überall erhalten, ohne Unterschied zwischen rechts und links.

Am anderen Tag besprach der Ordinator bei der Visite mit G. K. sein gestriges Betragen. Letzterer erklärte, daß er zum ersten Mal einen Dreirubelschein neuen Musters gesehen habe und darum nicht wußte, was das sei.

26. Oktober. Notiz in der Krankengeschichte: „Klagt wie früher über Kopfschmerzen. Ist etwas lebhafter geworden. Antwortet auf alle Fragen, und die Pause zwischen Frage und Antwort ist nicht mehr so groß wie früher. Benennt noch immer vorgelegte Geldstücke falsch, aber nicht mehr in solchem Umfange. Appetit und Schlaf befriedigend."

Am 31. Oktober wurde G. K. wieder ins ärztliche Kabinett gerufen. Er war diesmal lebhafter, beantwortete Fragen über sein Alter, Geburtsort usw. richtig, zählte Streichhölzer ohne Fehler, erkannte Geldstücke. Er erinnerte sich, daß man ihn voriges Mal hier „gebrannt" habe (faradische Untersuchung). Man stellt ihn mit zusammengerückten Füßen auf und befiehlt ihm, die Augen zu schließen. Auf lautes Kommando „still gestanden" steht er einige Sekunden ohne zu schwanken, und dann stürzt er plötzlich nach hinten um, beugt aber beim Fallen den Kopf nach vorn und fällt auf seine Glutäal- und Rückenregion. Steht von selbst von der Diele auf und geht ärgerlich aus dem Kabinett heraus.

1. November. Notiz in der Krankengeschichte: „Antwortet heute gar nicht auf Fragen. Ißt nichts zu Mittag. Am Abend verlangt er seine Portion und verzehrt sie.“

2. November. Liegt zu Bett, antwortet nicht auf Fragen. Appetit befriedigend.

3.—6. November. Gibt wieder Antworten, aber nur kurze, einsilbige, häufig: ich weiß nicht, ich habe vergessen. Schläft und ißt gut.

7. November. Wird wieder ins Kabinett gerufen und in Gegenwart mehrerer Ärzte untersucht. Auf Fragen, aus welchem Gouvernement und Kreis er stammt, gibt er richtige Antworten; wie alt er ist — keine Antwort; von wo er her ist — aus einem Landgut; wem gehört das Gut — vergessen; in welchem Gouvernement es liegt — im Grodnoschen, an der Eisenbahn. Zählt Streichhölzer richtig, benennt Geldstücke und Farben richtig. Beteuert wiederholt, daß er sich nicht verstelle. Als man Anstalten macht, ihn auf das *Romberg*sche Symptom hin zu untersuchen, bittet er, ihn nicht mit geschlossenen Augen stehen zu lassen, da er fürchte hinzufallen. Bei längerer Unterhaltung stand er mit nahe zusammengerückten Füßen (bei offenen Augen) ohne zu schwanken. Darauf wurde er vor einen Divan gestellt, und man befahl ihm, mit zusammengerückten Füßen und geschlossenen Augen zu stehen — sofort fiel er rückwärts um und kam auf den Divan zu sitzen.

8. November. Bei der Visite wandte er sich an den Ordinator mit der Bitte, sich seiner Frau und Kinder zu erbarmen, er sei ohne Existenzmittel, er verstelle sich nicht, er sei wirklich schwer krank.

9.—10. November. Dieselben Bitten und Beteuerungen. Dankt dem Arzt, daß man seinen Gesundheitszustand im Hospital gebessert habe; protestiert gegen Verdacht auf Simulation.

11. November. Wurde als psychisch-gesund mit folgendem Vermerk in der Krankengeschichte entlassen: „Die psychische Depression des G. K. und die von ihm zur Schau getragene Hemmung der Verstandestätigkeit steht nicht im Einklang mit seiner hartnäckigen Tendenz, sich als tief schwachsinnig aufzuspielen und die Störung seiner nervösen Funktionen zu aggravieren. Zweifellos enthält sein Benehmen eine beträchtliche Beimischung von solchen Zügen, die absichtlich dazu dienen sollen, ihn als schwer krank erscheinen zu lassen; tatsächlich leidet er an traumatischer Neurose ohne Komplikation mit Geistesstörung, und seine Arbeitsfähigkeit ist durch sein nervöses Leiden nur mittelmäßig herabgesetzt.“

In diesem Falle hatten wir einen Unfallkranken vor uns, der während des Dienstes auf der Lokomotive eine geringfügige Beschädigung des Kopfes davongetragen und von der Eisenbahnverwaltung gerichtlich einige tausend Rubel als Entschädigung verlangte. Für einen einfachen Schwarzarbeiter (Heizer) ist die Chance, in Besitz einer solchen Summe zu gelangen, eine Versuchung, die seine ganze

Geisteskraft auf sich konzentriert. Um die Experten im Gericht zu überzeugen, daß er seine Arbeitsfähigkeit völlig eingebüßt habe, trug er während der Exploration ein ganz sonderbares Benehmen zur Schau, so daß die Experten (drei erfahrene Irrenärzte) sich seinen psychischen Zustand nicht erklären konnten; infolgedessen lehnten sie es ab, sofort ein Gutachten abzugeben, und verlangten Prüfung seines Geisteszustandes in einer Anstalt. Bei der Beobachtung in unserer Abteilung kamen mir sehr bald Zweifel über die Echtheit der Erscheinungen, indem G. K. trotz der tiefen Depression, die an melancholische Verstimmung grenzte, zu jeder Mahlzeit seine Portion ohne jegliches Zureden verzehrte und auch gut schlief. Ich ging täglich bei der Visite an sein Bett, sprach mit ihm und gab ihm bald durch den Ton meiner Fragen zu verstehen, daß mir seine Klagen übertrieben vorkommen. Da veränderte er sein Benehmen mir gegenüber. Beim Eintritt in den Korridor konnte ich von weitem sehen, daß er auf seinem Bett saß oder mit offenen Augen wach lag. Ich besuchte absichtlich zuerst die anderen Kranken und ging zu ihm erst bei der Rückkehr. Dann lag er jedesmal mit dem Gesicht zur Wand gekehrt, in die Bettdecke eingewickelt, stöhnte und antwortete auf meine Fragen gar nicht oder ganz einsilbig. Ferner erwies die spezielle Untersuchung im ärztlichen Kabinett, daß er nicht imstande war, richtig bis acht zu zählen, kleine Geldstücke zu benennen, Farben zu erkennen, seinen Geburtsort anzugeben usw.; indessen erinnerte er sich am nächsten Tag, daß man ihm einen Dreirubelschein neuen Musters vorgezeigt habe. Dann wurde der Widerspruch zwischen seiner Angabe, daß er bei Nadelstichen gar nichts empfinde, und dem Ergebnis der faradischen Untersuchung festgestellt, und die grobe Vortäuschung einer Gleichgewichtsstörung, während er sonst frei, ohne Hilfe herumging, auch Treppen stieg und sonst niemals fiel, auch bei zusammengerückten Füßen, wenn nur seine Aufmerksamkeit in diesem Moment von der Untersuchung der Gleichgewichtsfunktion abgelenkt war. Als er einsah, daß man ihm keinen Glauben schenkte, verminderte er allmählich die Äußerungen seines „Schwachsinns“ und bewies zuletzt durch seine Bitten, sich seiner Familie zu erbarmen, daß er die Bedeutung der Anstaltsbeobachtung für seine Finanzlage sehr gut zu würdigen verstehe; anstatt zu bekennen, daß er weitere Simulation für nutzlos halte, zog er es vor, sich bei seinem Ordinator zu bedanken, daß sein Gesundheitszustand

sich in der Anstalt gebessert habe. Selbstverständlich ließen wir uns durch Feststellung der Simulation psychischer Symptome nicht davon abhalten, das Vorhandensein einer traumatischen Neurose mit mittelmäßiger Beschränkung der Arbeitsfähigkeit anzuerkennen.

Nach der Entlassung des Exploranden und Zustellung der Krankengeschichte an seinen Rechtsanwalt wurde er von neuem zur Begutachtung vor Gericht geladen, doch er erschien nicht, und die nämlichen Experten, die ihn am vorigen Termin untersucht hatten, gaben auf Grund der Dokumente das Gutachten ab, daß seine Arbeitsfähigkeit durch den ihm zugestoßenen Unfall um 30% verringert sei. Wenn das Gutachten seine psychischen Symptome als wirklich vorhanden anerkannt hätte, so würde seine Arbeitsfähigkeit als völlig eingebüßt betrachtet worden sein, und er hätte Ansprüche auf eine bedeutend größere Entschädigungssumme gehabt. —

Ich muß bemerken, daß unter unseren Unfallskrankenprozessen der Fall G. K. eine seltene Ausnahme bildet. Es kommt sonst fast nicht vor, daß ein Unfallskranker ein psychisches Leiden simuliert; die meisten begnügen sich mit Klagen über subjektive Nervenstörungen und Übertreibung der objektiven Symptome. Mit großer Beständigkeit, die auch von anderen Beobachtern bestätigt wird, zeigen sie Schwanken bei zusammengerückten Füßen und geschlossenen Augen, ohne es jedoch zum Hinfallen zu treiben; außerdem wollen sie bei Nadelstichen nichts empfinden. Solche Angaben dürfen natürlich den Untersucher nicht irreführen. Doch im allgemeinen ist es nicht immer leicht, sich in den zum Teil reellen, zum Teil übertriebenen oder erdachten subjektiven Erscheinungen zurechtzufinden, und ihre richtige Wertschätzung ist zuweilen mit ungeheueren Schwierigkeiten verbunden.

Es bleibt uns noch übrig, eine Erscheinung zu besprechen, die in allen drei beschriebenen Fällen von Simulation in der nämlichen Gestalt vorkam. Bei der Prüfung der Verstandestätigkeit der Exploranden wurden denselben verschiedene auf gewöhnliche Lebensverhältnisse Bezug habende Fragen vorgelegt, und wenn die Antworten darauf nicht stimmten, so wurden die Fragen immer einfacher, um die Grenzen festzustellen, bis zu welchen die — wirkliche oder vorgetäuschte — Beschränkung der Intelligenz reichte. Auf diese Weise kam es dazu, daß die Exploranden aufgefordert wurden, laut ein Häufchen Streichh[illegible] zu zählen oder den Wert kleiner Geldstücke, die Farbe der auf

Tisch liegenden Gegenstände zu bestimmen usw., endlich zwischen rechts und links zu unterscheiden. Alle drei beschriebenen Simulanten gaben bei solcher Untersuchung falsche Antworten; der Inhalt der Antworten zeigte deutlich, daß der Sinn der Frage verstanden worden war, aber die Antwort traf nicht das Richtige: bei lautem Zählen wird eine Zahl ausgelassen, statt 10 Streichhölzern werden 8 oder 12 gezählt, eine goldene Münze wird als Kopeke bezeichnet, ein Rubel als 20 Kopeken, rotes Löschpapier wird als weiß bezeichnet, blauer Bleistift als gelb, rechts und links wird verwechselt usw. Bezüglich des W. S. entsinne ich mich deutlich, wie er auf den Vorschlag, die rechte Hand zu erheben, zuerst eine Bewegung mit der rechten Schulter machte, dieselbe aber sofort unterdrückte und die linke erhob. Bezüglich des G. K. ist aus der Krankengeschichte ersichtlich, daß er anfänglich die Farbe der Gegenstände falsch beantwortete und nach strenger Rüge — sich doch nicht so anzustellen — richtige Antworten gab. Die Zusammenstellung dieses Systems falscher Antworten mit den übrigen Beobachtungsergebnissen zeigt meines Erachtens, daß das Auftreten dieses Symptomes bei unseren drei Simulanten sich sehr einfach erklären läßt: sie wurden ins ärztliche Kabinett gerufen und in Gegenwart mehrerer Ärzte ausgefragt; sie bekamen den Eindruck, daß diese anscheinend offizielle Untersuchung für ihr Schicksal von entscheidender Bedeutung sein werde; sie glaubten, daß man sie, falls sie richtig antworten würden, als geistig normal anerkennen werde, und da sie für psychisch abnorm gelten wollten, gaben sie falsche Antworten. Wenn man ihnen ähnliche Fragen unter anderen Umständen vorlegte, während der Visite, im Vorübergehen, wenn sie keine Veranlassung hatten zu glauben, daß in diesem Moment ihre Verstandestätigkeit geprüft werde, — dann kam das Symptom falscher Antworten nicht zu Erscheinung. Natürlich zeugt ein solches Verstellungssystem von großer Beschränktheit und niedriger Intelligenz der Exploranden, und in dieser Hinsicht standen die drei beschriebenen Fälle sehr nahe zueinander.

Ein solches Betragen ist auch von anderen Beobachtern bei Simulation beschrieben worden. Im Jahre 1888 schilderte *Moeli*[1] ein eigentümliches Verhalten bei Exploranden und Strafgefangenen.

---

[1]) *Moeli*: Über irre Verbrecher, Berlin 1888.

nämlich ein scheinbares Vergessen ganz bekannter Dinge, so daß sie bei Angaben über ihr Alter, über den Wert von Geldstücken usw. falsche Antworten gaben, obgleich der Inhalt der Antwort bewies, daß sie den Sinn der Frage erfaßt hatten. Solches Verhalten kommt seinen Beobachtungen gemäß als Versuch, Blödsinn zu simulieren, vor, aber auch nicht selten als krankhafte Erscheinung in Fällen traumatischen, hysterischen und senilen Irreseins; hauptsächlich wird dieses krankhafte Symptom bei Gefangenen beobachtet, die während der Haft an akuter Psychose mit Bewußtseinstrübung und Ängstlichkeit erkrankt sind. Übrigens behauptet *Moeli*, ein derartiges Verhalten bei Geisteskranken auch in nicht forensischen Fällen beobachtet zu haben.

Einige Jahre später (1893) beschrieb *Neisser*[1]) einen Fall ebensolcher falscher Antworten, in welchem er Simulation von Schwachsinn bei vorhandener Psychose sah; er betont besonders den Umstand, daß die Antworten zwar falsch sind, doch von richtiger Auffassung des Sinnes der Fragen zeugen.

Ferner schildert *Gowsejew*[2]) in seiner Monographie (1894) dieses System falscher und sinnloser Antworten, deren Inhalt davon zeugt, daß der Sinn der Fragen richtig verstanden wurde, als einen Vorgang, der häufig von beschränkten und stumpfsinnigen Exploranden angewandt wird, um als blödsinnig zu erscheinen.

„Sehr oft — sagt er — kommt es vor, daß Beschränkte und von Natur fast schwachsinnige Subjekte, die für irgendein Vergehen zur Verantwortung gezogen sind, während des Verhörs dem Untersuchungsrichter oder dem Gericht, oder auch bei der Exploration in der Anstalt falsche, unsinnige Antworten geben, die weder der Stufe ihrer intellektuellen Entwicklung, noch ihrem Betragen unter anderen Verhältnissen entsprechen. Auch Rekruten, die mit einem geringen Grad von Schwachsinn behaftet sind, welcher häufig im praktischen Leben nicht hinderlich ist, benutzen zuweilen ihre Reputation zu dem Zweck, sich der Wehrpflicht zu entziehen, und führen sich bei Gelegenheit als ganz blödsinnig auf“ [3]).

[1]) *Neisser.* Vierteljahrsschr. f. gerichtliche Medicin 1893, Bd. V.

[2]) *Gowsejew.* Simulation von Geistesstörungen und pathologische Verstellung. Charkow 1894. (Russisch.)

[3]) l. c. S. 60.

Im Jahre 1897 teilte *Dietz* [1]) einen Fall von Verstellung mit Nachahmung eines kleinen Kindes bei einem 32 jährigen Manne mit, welcher unter der Anklage verschiedener Diebstähle und Betrügereien stand und bereits mehrmals wegen ähnlicher Delikte verurteilt worden war.

In diesem äußerst interessanten und sorgfältig beobachteten Fall wurden abgesehen von vorgetäuschtem Schwachsinn auch Lähmungserscheinungen simuliert. Der Schwachsinn entsprach dem geistigen Entwicklungsgrad eines kleinen Kindes und verschwand bald, nachdem Explorand aus der Anstalt entlassen und ins Zuchthaus übergeführt wurde. Verfasser konstatiert bei ihm nur ethische Entartung, durch welche sich sowohl seine verbrecherische Natur, als auch seine hartnäckige Simulation erklären ließ; seine Verstandesentwicklung dagegen hält er für normal.

Auf Grund seiner Beobachtungen in der Anstalt Illenau kommt *Dietz* unter anderem zu dem Schluß, daß Simulation geistiger Erkrankung gegenwärtig (d. h. in den 90er Jahren) nicht so selten vorkomme, wie man lange zu glauben geneigt war, und daß im Zusammenhang mit den veränderten sozialen Verhältnissen die Zahl der den Anstalten von verschiedenen Gerichtsbehörden zur Exploration zugewiesenen Subjekte und auch der zur Verstellung neigenden rasch zunimmt. Ich kann diesen Sachverhalt für die Gegenwart, besonders die letzten drei Jahre der politischen Gärung bei uns in Rußland bestätigen.

Nun wurde das hier besprochene Benehmen im Jahre 1897 von *Ganser* [2]) als eigentümliches Krankheitssymptom beschrieben, und zwar in folgender Weise: „Die auffälligste Erscheinung, welche sie darboten, bestand darin, daß sie Fragen allereinfachster Art, die ihnen vorgelegt wurden, nicht richtig zu beantworten vermochten, obwohl sie durch die Art ihrer Antworten kundgaben, daß sie den Sinn der Frage ziemlich erfaßt hatten, und daß sie in ihren Antworten eine geradezu verblüffende Unkenntnis und einen überraschenden Ausfall von Kenntnissen verrieten, die sie ganz bestimmt besessen hatten oder noch besaßen.“

[1]) *Dietz.* Simulation von Geistesstörung. Allgemeine Zeitschrift fur Psychiatrie, 1897, Bd. 53.

[2]) *Ganser.* Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Archiv für Psychiatrie, Bd. 30.

Ganser beschrieb diese Erscheinung anfänglich bei vier Untersuchungsgefangenen, die außerdem einen eigentümlichen Dämmerzustand aufwiesen, an Sinnestäuschungen, Sensibilitätsstörungen sowie teilweiser oder völliger Amnesie für diesen Zustand litten. *Ganser* betrachtet ihn als einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand, und seitdem hat sich in der Literatur der Ausdruck *Ganser*sches Symptom oder „Vorbeireden" eingebürgert. Ich glaube, daß der Ausdruck „Symptom falscher Antworten" dem Sachverhalt am besten entsprechen würde.

Nach dem soeben genannten Autor beschrieben mehrere andere Beobachter diese Erscheinung ebenfalls als Ausdruck eines hysterischen Dämmerzustandes (*Jolly*[1]), *Binswanger*[2]), *Neisser*[3]), *Raecke*[4]), *Lücke*[5])); andere wieder bestritten ihre hysterische Natur und sahen darin eine Äußerung der Katatonie (Negativismus) oder Dementia praecox (*Nissl*[6]), *Kaiser*[7])), noch andere (*Westphal*[8]), *Vorster*[9]), *Hey*[10]), *Henneberg*[11])) wollen sie sowohl bei Hysterie als auch Dementia praecox, Epilepsie und Schwachsinn beobachtet haben. Zugleich ergab es sich aus der Kasuistik der in Rede stehenden Erscheinung, daß man zwischen dem *Ganser*schen Symptomenkomplex oder Syndrom, welches außer

---

[1]) *Jolly.* Hysterie im „Hdb. der praktischen Medizin", 1900.

[2]) *Binswanger.* Über einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. Monatsschrift für Psychiatrie, Bd. III.

[3]) *Neisser.* Kasuistische Mitteilungen. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 55.

[4]) *Raecke.* Beitrag zur Kenntnis der hysterischen Dämmerzustände. Ebenda, 58.

[5]) *Lücke.* Über das Gansersche Symptom mit Berücksichtigung seiner forens. Bedeutung. Ebenda, 1903, Bd. 60.

[6]) *Nissl.* Hyster. Symptome bei einfachen Seelenstörungen. Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie, 1902.

[7]) *Kaiser.* Beitrag zur Differentialdiagnose der Hysterie und Katatonie. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 58.

[8]) *Westphal.* Über hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. Neurolog. Zentralbl. 1903.

[9]) *Vorster.* Über hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. Monatsschrift für Psychiatrie 1904.

[10]) *Hey.* Das Gansersche Symptom. Berlin, Hirschwald, 1904.

[11]) *Henneberg.* Über das Gansersche Symptom. Allgemeine Zeitschr. für Psychiatrie, Bd. 61.

dem „Vorbeireden“ selbst Bewußtseinstrübung und Sinnestäuschungen umfaßt, und dem eigentlichen Symptom falscher Antworten unterscheiden muß. Natürlich gehört nicht jede falsche Antwort hierher. Viele Kranke, sowohl schwachsinnige, als auch hysterische oder maniakalische, können auf die Frage, wieviel Finger sie haben, eine falsche Antwort geben, nicht deshalb, weil sie es nicht wissen, sondern aus verschiedenen anderen Gründen: die Frage kann ihnen als beleidigend vorkommen, oder sie sagen aus Mutwillen oder Scherz 11. anstatt 10, oder sie antworten mit Willen falsch, damit man sie in Ruhe lasse usw. Um von dem Vorhandensein dieses Symptoms zu sprechen, muß man den Kranken ruhig, systematisch ausfragen, und man muß dabei von mehr komplizierten Verhältnissen zu ganz elementaren Fragen allmählich übergehen. Auf solche Weise verfuhr ich in allen meinen Beobachtungen, sowohl in den hier beschriebenen, als auch in einer ganzen Reihe anderer, die nicht so interessant sind, daß es lohnte, sie zu publizieren. In allen meinen Fällen stellte das Symptom falscher Antworten einen Versuch dar, Schwachsinn vorzutäuschen und hatte nichts gemein weder mit hysterischem Dämmerzustand noch mit katatonischem Stupor. Die Subjekte, an denen es beobachtet wurde, waren Neurastheniker, Alkoholiker, Degenerierte, aber nicht geisteskrank, und das Symptom falscher Antworten beruhte bei ihnen nicht auf Bewußtseinsstörung, sondern auf der Absicht, den Arzt bezüglich ihrer Verstandestätigkeit irrezuführen oder ihm Material zur Anerkennung von Blödsinn zu liefern. Übrigens glaube ich, daß das Symptom falscher Antworten auch beim Vorhandensein einer hysterischen oder andersartigen Psychose oder eines mittelmäßigen Grades von Schwachsinn Ausdruck von Verstellung sein kann, und wenn das Benehmen des Kranken in sonstiger Hinsicht weder von Trübung des Bewußtseins, noch von tiefem Verfall der Intelligenz zeugt, so sehe ich keine Veranlassung, die falschen Antworten anders aufzufassen, denn als Simulationsversuch.

Der soeben bezeichnete Standpunkt findet meines Erachtens eine wesentliche Stütze in dem Umstand, daß die meisten Fälle, in welchen das Symptom falscher Antworten beobachtet wurde, sich auf Untersuchungsgefangene, einige davon auf Unfallkranke beziehen. *Hey* hat in seiner Arbeit (1904) 39 Fälle zusammengestellt, die anscheinend die ganze damals vorliegende Kasuistik umfassen; davon waren

24 forensische, und zwar handelte es sich in 20 um Kriminalsachen, und in den 4 anderen um Schätzung der Arbeitsfähigkeit bei Unfallkranken. Später veröffentlichte *Henneberg* seine Beobachtungen aus der Berliner Charité, im ganzen 13, obgleich er seiner Aussage nach über 25 solcher Fälle verfügt, und darunter kamen Untersuchungsgefangene um 5 mal häufiger vor, als nicht-forensische. Letzterer Autor gibt auch zu, daß in der Entstehung dieses Symptoms der Wunsch, krank zu erscheinen, eine gewisse Rolle spiele, und daß dabei Übergänge von absichtlicher Verstellung zu autosuggestiver Unfähigkeit, auf einfache Fragen richtig zu antworten, vorkommen können [1]).

In nicht-forensischen Fällen, die — wie soeben gezeigt wurde — die Minderzahl ausmachen und in meinem Beobachtungsmaterial ganz fehlen, ist die Erklärung des Symptoms falscher Antworten nicht so leicht. Doch glaube ich, daß es keinesfalls als spezifisch für Hysterie oder Katatonie angesehen werden darf, sondern verschiedenen Ursprungs sein und bei mannigfaltigen psychopathischen Zuständen vorkommen kann, wie das auch vor kurzem *Wwedenski* [2]) in seiner Mitteilung auf dem zehnten russischen Ärztekongreß ausgeführt hat.

---

[1]) l. c. S. 653—654.

[2]) *Wwedenski.* Zur Lehre vom Ganserschen Symptom. „Ssowremennaja psychiatria“ 1907 (Russisch.)

Kleinere Mitteilungen.

Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 23. und 24. April 1909 in Köln und Bonn stattfinden. Als Referate sind in Aussicht genommen:

1. Die Lues-Paralyse-Frage. Ref.: *Plaut*-München und *Fischer*-Prag.
2. Behandlung jugendlicher und erwachsener Geisteskranken in gemeinsamer Anstalt. Ref.: *Alt*-Uchtspringe, im Auftrag der Kommission für Idiotenforschung und -fürsorge.
3. Vorschläge zur Änderung der Strafgesetzgebung (s. diese Zeitschr. Bd. 65, S. 518 u. 521).

Nekrolog J. L. A. Koch. — Am 27. Juni dieses Jahres wurde zu Zwiefalten in Württemberg ein Psychiater zu Grabe getragen, an dessen Gedankenwelt nicht allein die Fachgenossen, sondern fast alle Gebildeten, bewußt oder unbewußt, heutzutage teilnehmen — Med.-Rat Dr. *Koch*; war er es doch, der das Wort und den Begriff der „psychopathischen Minderwertigkeit“ aus eigenstem Antrieb einst geprägt hat, während gegenwärtig bekanntlich selbst die Tagespresse die Kenntnis dessen, was Minderwertigkeit sei und bedeute, als etwas ganz Selbstverständliches voraussetzt. Schon diese Tatsache allein dürfte es rechtfertigen, wenn im folgenden der Lebensgang und das Lebenswerk des Verstorbenen etwas näher beleuchtet werden.

Julius Ludwig August Koch wurde am 4. Dezember 1841 zu Laichingen in Württemberg geboren als ältester Sohn des Dr. med. et phil. *Karl Ludwig Koch* und seiner Gattin Pauline Friedrike, geb. Zeller. Die Persönlichkeit seines Vaters war für seine ganze Entwicklung von maßgebender Bedeutung. Ursprünglich aus dem Hannoverschen stammend, war er in früher Jugend nach Hamburg übergesiedelt, wo der Großvater eine angesehene Stelle als Schulrektor übernahm und in glänzenden Verhältnissen lebte. Während sein Vater in Tübingen studierte, erlitt die Familie einen großen Vermögensverlust, so daß er genötigt war, sich sehr einzuschränken. Nach dem Examen ließ er sich in Neuffen und später in Laichingen auf der „Rauhen Alb“ als praktischer Arzt nieder. Trotz des

großen Gegensatzes in den äußeren Verhältnissen war sein Vater stets genügsam und zufrieden, aber der Sinn für alles Große und Schöne, die Wertschätzung einer feinen Bildung blieben ihm zeitlebens in vollem Maße erhalten, und diese Eigenschaften haben sich unverkürzt auf den Sohn übertragen,der ihm in inniger Liebe und Verehrung anhing. Während die Vorfahren väterlicherseits meist dem Lehrerstand angehörten, stammte die Mutter aus einer württembergischen Familie, deren Glieder vorwiegend den geistlichen Beruf erwählten und zum Teil Bedeutendes leisteten; der Philosoph *Eduard Zeller* war ein Vetter seiner Mutter. Von ihr rühmte *Koch*, sie habe ihm den kritischen Geist, aber auch die Freude am Kleinen und den Sinn für Naturschönheit vererbt und seine Kindheit sonnig gestaltet.

Den Überlieferungen der Familie entsprechend und als ältester eines großen Geschwisterkreises sollte *Koch* das „Landexamen" machen, um später in den württembergischen Kirchen- oder Schuldienst einzutreten. Da ihn aber eine Typhuserkrankung am Lernen gehindert hatte und seine Bemühungen nicht von Erfolg gekrönt waren, wurde er für den Apothekerberuf bestimmt, und diesem widmete er sich mit Eifer mehrere Jahre. Sein Trieb nach höheren Zielen ließ ihm aber keine Ruhe; zudem beseelte ihn der lebhafte Wunsch, seinen Vater in der Landpraxis und in der Leitung einer von ihm gegründeten Privatirrenanstalt zu unterstützen, und so holte er mit eisernem Fleiß binnen Jahresfrist alles Versäumte nach und bestand 1863 die Reifeprüfung.

Seine ärztlichen Studien begann und vollendete er in Tübingen, wo er in einem großen und trefflichen Freundeskreise reiche Anregung fand ebenso für seine Fachwissenschaft, wie für seine naturwissenschaftlichen, philosophischen und theologischen Interessen. Von besonders nachhaltigem Einfluß war für ihn der nahe persönliche Verkehr mit dem bekannten Theologen *Tobias Beck*, der offenbar großes Gefallen an ihm hatte. Einer Aufforderung desselben, Missionsarzt zu werden, lehnte er hauptsächlich um seines Vaters willen ab. Nach glänzend bestandenen Prüfungen, 1867 in Tübingen, 1868 in Stuttgart, begab er sich auf eine wissenschaftliche Reise nach Prag und Berlin und trat an letzterem Ort auch in persönliche Beziehungen zu *Graefe* und *Griesinger*. Trotz mehrfacher verlockender Anerbietungen hielt er an dem Plane, seinen Vater zu unterstützen, fest und ließ sich als praktischer Arzt in Laichingen nieder. Im Jahre 1870 verheiratete er sich mit Julie Herwig, einer Pfarrerstochter, die für ihn eine ebenso verständnisvolle als opferfreudige Gefährtin des Lebens und Genossin seiner Arbeiten wurde. Eine Aufforderung des Med.-Rats *Landerer* in Göppingen, die Hausarztstelle an seiner Heilanstalt zu übernehmen, wollte er, wie alle bisherigen Anerbieten, ablehnen; als aber sein Vater ihm ernstlich zuredete, siedelte er dorthin über. Vier Jahre hernach wurde er als Nachfolger *Schäffers* zum Direktor der Kgl. Pfleganstalt Zwiefalten ernannt. Am 18. Juli 1874 übernahm er diese Stellung und hatte sie bis zu seinem Übertritt in den Ruhestand, im Fe-

geworden war und gerade die ihm von früher her so lieb gewordene Direktorwohnung angewiesen erhalten hatte, kehrte *Koch* 1905 an die Stätte seines früheren Wirkens zurück und starb daselbst nach langen und schweren Leiden, in aufopfernder Liebe gepflegt von Gattin, Sohn und Tochter, am 25. Juni. Noch kurz vor seinem Tode wurde im Hause seines zweiten Sohnes, der sich dem Pfarramt gewidmet hatte, ein Enkelkind geboren. So durfte er sein Leben voll Dank und Freude beschließen, wie er es immer geführt hatte.

So schlicht und einfach dieser äußere Lebensgang *Koch*s war, so reich war doch der Inhalt seines Lebens, viel reicher als Fernerstehende nur ahnen konnten. Vor allem erfüllte ihn sein Beruf mit großer Begeisterung. Schon von früher Jugend auf war er an den Umgang mit Geisteskranken gewöhnt, da den Kranken in der väterlichen Anstalt der Anschluß an die Familie grundsätzlich tunlichst geboten wurde. Für alle möglichen wissenschaftlichen Fragen hatte ihm sein Vater den Sinn erschlossen. Kein Wunder, daß er bei Übernahme der Anstalt Zwiefalten alle Kraft einsetzte, um etwas Tüchtiges zu leisten. In der Tat warteten seiner daselbst nicht geringe Aufgaben; mancherlei Verbesserungen mußten eingeführt, die Zahl der belegbaren Plätze mußte bedeutend erhöht werden. Nach kurzem stieg die durchschnittliche Krankenzahl von 190 auf 300 und erreichte schließlich 560. Naturgemäß wurden dadurch fortwährend große bauliche Veränderungen und Erweiterungen notwendig. Ärztliche Hilfskräfte standen ihm nur in sehr beschränktem Maße zu Gebote. Im ersten Jahre mußte er fünf Monate lang den ärztlichen Dienst allein besorgen. Da die Anstalt ursprünglich nur Pflegeanstalt war und die heimische Hochschule noch keinen psychiatrischen Lehrstuhl hatte, kamen die meisten Ärzte nur, um Psychiatrie bei ihm zu lernen, und sobald dieser Zweck erreicht war, verließen sie die Anstalt wieder. So sehr ihm die Einführung der Ärzte in seine Wissenschaft Freude machte, so unwillkommen mußte ihm der häufige Wechsel sein. Zu alledem kam noch, daß ihm häufig die gefährlichsten irren Verbrecher zur Verwahrung übergeben wurden, ohne daß ihm die nötigen Hilfsmittel zur Verfügung standen. Recht zahlreich waren auch die Gutachten, die er für Behörden und Gerichte zu erstatten und oft persönlich zu vertreten hatte.

In der Durchführung all dieser Aufgaben war er unermüdlich und, wie er selbst große Anforderungen an sich stellte, so verlangte er auch von seinen Untergebenen den ganzen Einsatz ihrer Kraft. Denn nur so konnte er leisten, was von ihm als Anstaltsleiter erwartet wurde. Nach

äußeren Zeichen der Anerkennung hat er nie gestrebt, doch nahm er es um seiner Stellung willen dankbar hin, als ihm der Orden der Württ. Krone und später der Titel eines Medizinalrats verliehen wurden.

Auf diese unmittelbare Berufsarbeit konnte sich jedoch sein lebhafter Geist unmöglich beschränken. In der Erholungszeit, auf seinen Spaziergängen setzte er die geologischen Studien fort, die er schon von Jugend auf getrieben hatte; mit Vorliebe verfolgte er das Leben und Treiben einzelner Tiere, alle kannte er mit ihren wissenschaftlichen Namen; auch in der Botanik war er so gründlich zu Hause, daß er sogar eine Arbeit über „Blattflechten der Zwiefalter Gegend" veröffentlicht hat. Das lebhafte Interesse, das er selbst hatte, wußte er auch in andern zu wecken und, wo er besondere Kenntnisse bei andern fand, ließ er sich gerne belehren, so daß er auf all diesen Gebieten der Naturwissenschaften ungewöhnlich bewandert war.

Genau dasselbe gilt auch von den Gebieten der Kunst und Literatur. Er hatte eine ausgesprochene ästhetische Veranlagung und einen lebhaften Trieb, sie zu betätigen. Musik und Malerei übte er gerne aus. Mit tüchtigen Vertretern ihres Fachs hat er persönliche Freundschaft angeknüpft und eifrig gepflegt, so daß er auch darin überraschend gut unterrichtet war. Seine besondere Vorliebe galt der Dichtkunst. Schon frühe hat er sich selbst darin versucht und einen Teil seiner Gedichte nebst solchen seines Vaters unter dem Pseudonym „Fredelig" herausgegeben. Daß er später Gedichte mit seinem vollen Namen veröffentlichte, mag schon hier erwähnt werden.

An allen Tagesfragen, an Politik und Geschichte nahm er selbstverständlich nicht minder lebhaften Anteil, und eben dieses vielseitige Interesse, seine glühende Begeisterung für alles Schöne, Wahre und Gute und daneben sein sonniger Humor waren es auch, was den Verkehr mit ihm so anziehend gestaltete, was unwillkürlich selbst den Fernerstehenden fesselte und in seinen Bannkreis hereinzog. Dabei blieb er stets einfach und bescheiden, schlicht und natürlich. Mit Kindern konnte er scherzen, als wäre er ihr Spielkamerad; mit Leuten aus dem Volk verkehrte er, als wäre er ihresgleichen; gegen Höherstehende wußte er aber ebenso seinen Mann zu stellen. Freilich nicht überall zeigte er sich im gleichen Lichte. Wo er Schein und Trug sah oder Gesinnungsroheit begegnete, da wandte er sich unverhohlen ab, und seiner Entrüstung konnte er bisweilen schroffen Ausdruck geben, ohne alles Ansehen der Person. Natürlich machte er sich dadurch nicht immer Freunde, aber dies kümmerte ihn nicht im geringsten, da er in seinem ganzen Leben allen persönlichen Nützlichkeitsrücksichten völlig abhold war. Aus demselben Grunde konnte er aber auch unter Umständen schweigen, wo ihm zweifellos Unrecht geschah und die meisten Menschen sich entschieden zur Wehr gesetzt hätten. Im tiefsten Grunde hängt dieser Zug seines Wesens mit seiner religiösen Überzeugung zusammen. Hierauf mit einigen Worten einzugehen, ist um so unerläßlicher, als seine ganze wissenschaft-

und er verschmähte es mit vollem Bewußtsein, seine persönliche Weltanschauung andern aufzudrängen. Zu dieser Zurückhaltung hatte er noch einen besonderen Grund. Er war sich zu klar darüber, daß auch in einer religiös gefestigten Persönlichkeit das widerspruchsvolle Wesen jedes Menschen noch nicht völlig überwunden ist, und daß gewisse psychopathische Einflüsse dieser Überwindung noch weitere Hemmungen bereiten; auch darüber war er sich klar, daß er selbst von solchen Hemmungen nicht frei war, und gegen sich und andere war er ehrlich genug, dies auch einzugestehen, wo ihm ein solches Geständnis angezeigt erschien. Manche Züge seines Bildes der „angeborenen Belastung" sind offenbar dieser seiner unparteiischen Selbstbeurteilung entsprungen und von ihm in ihrer Bedeutung für das menschliche Leben gewürdigt worden. Ohne diesen Schlüssel zu seinem Geistesleben ist ein wirkliches Verständnis für seine Person und seine Werke nicht möglich. Wer diesen Schlüssel besitzt, wird sich nicht mehr wundern, daß *Koch* all sein Wissen und all seine Tatkraft dafür einsetzte, die Rätsel des menschlichen Daseins lösen zu helfen. An dieser Aufgabe durch Wort und Schrift mitzuarbeiten, sah er als das Hauptwerk seines Lebens an.

Schon in seiner ersten größeren Arbeit „Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Württemberg und der Geisteskrankheiten überhaupt", die im Jahre 1878 erschien, zeigte er deutlich, wie selbst der trockenste Stoff durch die Persönlichkeit des Bearbeiters belebt und fruchtbar gestaltet werden kann. Durch einfachen und klaren Zahlennachweis hoffte er nicht nur dem Irrenwesen überhaupt erhebliche Dienste zu leisten, sondern auch brauchbare Vorarbeit zu liefern, um das Los so vieler Kranken wesentlich zu bessern. Die Gewinnung einer richtigen Statistik auf amtlichem Wege hielt er jedoch für ziemlich aussichtslos. Darum wählte er nach reiflicher Überlegung den Weg der privaten Zählung durch Ärzte und gebildete Laien, insbesondere durch Geistliche, denen er ein bestimmtes Programm für die Zählung entwarf. Unter Aufwendung von großer Mühe und Arbeit und unter tatkräftiger Mitwirkung des damaligen Anstaltsgeistlichen, des jetzigen Oberregierungsrats bei der Zentralleitung für Wohltätigkeit *E. v. Falch*, gelang es ihm, den freiwilligen Eifer einzelner Personen, die durch ihre Vorbildung, ihre Ortskunde und sonstige Vor-

züge sein Vertrauen genossen, seiner Sache dienstbar zu machen und damit ein weit lückenloseres Ergebnis zu erzielen, als dies bisher je gelungen war; namentlich waren es auch die Fragen nach der Erblichkeit, die auf eine viel sicherere Grundlage gestellt werden konnten. Unwillkürlich gewann so das trockene Zahlengerippe Fleisch und Blut und erregte nicht nur in Deutschland, sondern weit über seine Grenzen hinaus berechtigtes Aufsehen. Die Société de médecine mentale belgique ernannte ihn daraufhin zu ihrem Ehrenmitglied.

Bei dieser Arbeit war es ihm lebendig vor die Seele getreten, welch verkehrte Vorstellungen über Geisteskrankheiten bei den Laien herrschen und wie schwer die Kranken samt ihrer Umgebung darunter zu leiden haben, und so entschloß er sich zur Abfassung einer kleinen Schrift, „Psychiatrische Winke für Laien". Diese fand großen Anklang und mußte bald ins Französische übersetzt werden. Er zeigte darin seine besondere Fähigkeit, volkstümlich aufzuklären und dabei doch den Nachteil einer Halbbildung glücklich zu vermeiden.

Zu gleicher Zeit schrieb er weitere wissenschaftliche Aufsätze über psychiatrische Fragen, z. B. über „Primäre Verrücktheit", über die „*Richarz*sche Lehre von der Zeugung und Vererbung", über „Grenzgebiete der Zurechnungsfähigkeit" u. a.; außerdem hielt er auf der Naturforscherversammlung in München einen Vortrag über „Das Bewußtsein in Zuständen sogenannter Bewußtlosigkeit".

Immer mehr wandte sich nun sein Interesse den philosophischen Fragen zu. In rascher Folge erschienen von ihm 1882 „Erkenntnistheoretische Untersuchungen", 1884 „Grundriß der Philosophie", 1885 zweite Auflage desselben, 1886 „Die Wirklichkeit und ihre Erkenntnis". Es ist hier nicht der Ort, über den Wert und die Bedeutung dieser *Koch*schen Arbeiten ein Urteil zu fällen. Nur so viel mag angeführt werden, daß *Koch* darin den Versuch macht, die Lehre *Kants* weiterzubilden und die Kluft zwischen reiner und praktischer Vernunft zu überbrücken. Daß seine Studien nicht erfolglos waren, dürfte schon daraus hervorgehen, daß ein Philosoph wie *Lotze* sich sehr anerkennend darüber geäußert hat, und daß *Koch* von berufener Seite eine Zeitlang ernstlich für einen philosophischen Lehrstuhl ins Auge gefaßt war.

Vom Jahre 1887 ab wandte er sich wieder ganz der Psychiatrie zu, und damit begann die wichtigste Zeit seiner Veröffentlichungen. Sein „Leitfaden der Psychiatrie" war anscheinend viel zu „kurzgefaßt", um irgend etwas Besonderes bieten zu können, und doch hat er manches Besondere geboten. Schon die kurze und knappe Darstellung, die Klarheit der Schilderung, der Verzicht auf viele Kunstausdrücke, die lebendige, fesselnde Schreibweise, das warmherzige Eintreten für die Kranken — all dies gewann ihm einen überraschend großen Leserkreis und die une[illegible] geschränkte Anerkennung der Fachgenossen. Eine neue und eig[illegible] Aufstellung in diesem Leitfaden war unter anderem auch ein Kra[illegible]



bild, das *Koch* als „einfachen, primären, konstitutionellen Schwachsinn und Blödsinn“ bezeichnete. Er hat darin schon die Grundlinien der später so viel besprochenen Dementia praecox gezeichnet. Weitaus das Eigenartigste im Leitfaden war jedoch die Aufstellung eines großen Kapitels über „psychopathische Minderwertigkeiten“, also von solchen krankhaften Geisteszuständen, die nicht zu den eigentlichen Geisteskrankheiten gehören. Gerade diese Neuerung wurde von allen Seiten als besonderer Vorzug der kleinen Schrift anerkannt, und *Koch* hat bei der im folgenden Jahre erscheinenden zweiten Auflage und einer kurz darauf herausgegebenen „Kurzen Diagnostik der Psychosen“ gerade diesem Kapitel besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Doch bald empfand er das Bedürfnis, diese seine neue Aufstellung noch näher zu begründen, vor Entstellungen zu schützen und weiter auszubauen, und so entstand in den Jahren 1891—93 seine Monographie über „Die psychopathischen Minderwertigkeiten“, die zweifellos die bedeutungsvollste Arbeit seines Lebens geworden ist.

Worin bestand nun das Besondere dieser Lehre? Offenbar in der scharfen Abgrenzung einerseits des Physiologischen vom Pathologischen und anderseits der Psychosen von den leichteren Psychopathien. Dadurch ergibt sich ein großes Zwischengebiet zwischen voller Geistesgesundheit und eigentlicher Geisteskrankheit, das ganz zur Psychiatrie gehört, aber doch eine Sonderstellung gegenüber den Psychosen beanspruchen muß.

Nach *Koch* gehören z. B. die „großen Neurosen“ entschieden nicht zur inneren Medizin oder Neurologie, sondern zur Psychiatrie; anderseits fällt die Mehrzahl derselben überhaupt nicht oder noch nicht unter den Begriff der Psychosen und muß daher anders beurteilt und behandelt werden. Ähnlich steht es mit den Schilderungen des „hereditären Irreseins“, des „Irreseins durch Zwangsvorstellungen“, mit der „neuropathischen oder psychopathischen Konstitution“, dem „nervösen Temperament“. Auch die geistigen Abstumpfungen z. B. nach Typhus, die „Heilungen mit Defekt“ nach Psychosen und ähnliches können doch nur im Zwischengebiet restlos und richtig untergebracht werden. Vollends die ganz leichten und flüchtigen Störungen der geistigen Gesundheit mit Reizbarkeit oder Angst, mit gedrückter oder gehobener Stimmung u. dgl. werden in der „Lehre von den Geisteskrankheiten“ gar nicht beachtet, während sie doch eingehender Beachtung wert sind, oder sie werden fälschlicherweise zu den Geisteskrankheiten gerechnet, was nicht weniger verwirrend wirkt. Es waren somit keineswegs bloß Gründe logischer Art, um derentwillen *Koch* diese scharfe Abgrenzung für unerläßlich erklärte, sondern die ständige Erfahrung, wie sehr sich das unklare, unlogische Denken fortwährend in der Wissenschaft und nicht minder in der Anwendung aufs Leben rächt. Anderseits lebte er der gewissen Überzeugung, daß durch die klare Abtrennung sich viele Krankheitsbilder leichter verständlich und wissenschaftlich schärfer darstellen lassen, daß viele Schwierigkeiten in Theorie

und Praxis von selbst wegfallen, und daß die Aufstellung des besonderen Zwischengebiets auch den beiden anderen Gebieten zugute komme.

Die Wirkung dieser Minderwertigkeitslehre war nun ganz eigenartig. Bei den Fachgenossen fand sie viele Anerkennung, aber doch zunächst keine tiefere Beachtung; um so mächtiger war der Einfluß auf die weitesten Laienkreise, vor allem auf die Pädagogik. Insbesondere war es der greise Professor *Ludwig Strümpell* in Leipzig — der Vater des bekannten Klinikers *Adolf Strümpell* —, der mit jugendlichem Feuer die neue Lehre aufgriff. Im Jahre 1890 hatte er ein Buch „die pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder" veröffentlicht und darin ein reinliche Abgrenzung von Psychiatrie und Pädagogik verlangt. Aber schon der 1. Teil der *Koch*schen Monographie überzeugte ihn so vollständig von der Unhaltbarkeit dieser Auffassung, daß er die im Jahre 1892 erscheinende 2. Auflage völlig umgestaltet herausgab. Er gründete sie ganz auf die Minderwertigkeitslehre und widmete sie ausdrücklich *Koch* „in Anerkennung seiner Verdienste um die wissenschaftliche Fortbildung der pädagogischen Pathologie". Im folgenden Jahre schrieb *J. Trüper*, der Gründer und Leiter einer Anstalt für schwer erziehbare Kinder in Jena, ein „Mahnwort für Eltern, Lehrer und Erzieher" unter dem Titel „Psychopathische Minderwertigkeiten im Kindesalter", und schon in den nächstfolgenden Jahren finden wir auf den verschiedensten pädagogischen Versammlungen als Hauptgegenstand der Verhandlung eben diese neue Lehre. Unaufhaltsam entwickelte sich das Interesse an psychiatrischen Fragen weiter, und so gründeten *Koch* und *Trüper* im Verein mit *Ufer*, einem Schulrektor, der sich um dieselbe Zeit mit den „Geisteskrankheiten in der Schule" beschäftigt hatte, eine Zeitschrift „Die Kinderfehler", die seither in der Lehrerwelt großes Ansehen genießt und später zu einer „Zeitschrift für Kinderforschung" erweitert wurde. Auch die modernen Bewegungen zugunsten der Hilfsschulen und der Jugendfürsorge überhaupt beruhen zweifellos mittelbar oder unmittelbar auf den Anregungen, die *Koch* der Laienwelt gegeben hatte.

Derselben Anregung entstammte es, wenn der Schreiber dieses in der angesehensten Zeitschrift für praktische, evangelische Theologie einige Aufsätze über „Psychiatrie und Seelsorge" veröffentlichte, um auch diese Kreise mit der Minderwertigkeitslehre bekannt zu machen. Die überraschend günstige Aufnahme derselben und ein inzwischen ausgebrochener lebhafter Streit zwischen Psychiatern und Irrenseelsorgern gaben dann Anlaß zu einer ausführlicheren Darstellung. Wie sehr auch diese Anklang fand und zur Beilegung des genannten Streites mithelfen durfte, geht am besten daraus hervor, daß fast alle deutschen Konsistorien ihren Geistlichen diese Schrift ausdrücklich zum Studium empfahlen.

Ein lebhaftes Interesse für die Minderwertigkeitslehre er
auf den Gebieten des Strafrechts, der Polizei, des Militärs, u
heute lebhaft geblieben, hat doch z. B. erst vor kurzem der Vere

Strafanstaltsbeamten für dieses Jahr als ersten Punkt der Tagesordnung die Frage aufgestellt: „Wie sind die Minderwertigen im Strafvollzug nach der gegenwärtigen Gesetzgebung am sachgemäßesten zu behandeln?“ und es wurden von verschiedenen Gesichtspunkten aus eingehende Berichte darüber erstattet.

Im Vergleich zu diesem beispiellosen Erfolge in Laienkreisen ist die Wirkung auf die deutsche Psychiatrie erheblich geringer geblieben, und doch ist auch diese bedeutsam genug. Die gebräuchlichsten heutigen Lehrbücher enthalten große Kapitel über „psychopathische Konstitution“, „psychopathische Persönlichkeiten“, die in früheren Lehrbüchern ganz fehlten, und inhaltlich gleichen diese Kapitel in allem Wesentlichen der *Koch*schen Minderwertigkeitslehre. Immer wieder treffen wir in Fachzeitschriften Abhandlungen, die sich mittelbar oder unmittelbar mit dem Verhältnis zwischen Minderwertigkeiten und Psychosen und ähnlichen Aufgaben beschäftigen und so die Frage nach ihrer Bedeutung im Fluß erhalten.

Welche Beachtung die Minderwertigkeiten heutzutage genießen, dafür sei nur ein Beispiel angeführt: das Krankheitsbild der Cyclothymie, das sowohl nach seinen körperlichen Äußerungsformen als nach seinem Verhältnis zum manisch-depressiven Irresein lebhaft erörtert wird. Wenn es trotzdem vielfach noch als „leichte Form des Irreseins“ bezeichnet wird, so beweist dies nur, wie berechtigt *Koch* war, eine scharfe begriffliche Trennung zwischen Minderwertigkeit und Irresein zu verlangen. Dazu kommt noch, daß gewiß viele einschlägige Fälle gar nicht zu den (typisch) periodischen Psychopathien gehören, sondern zu den „konstitutionell rezidivierenden“, wie *Koch* sie genannt hat, und überdies fehlt nicht selten die manische Phase ganz, so daß sorgfältige wissenschaftliche Erwägungen für die Praxis von größter Bedeutung sind.

Übrigens fehlte es auch unter den Psychiatern Deutschlands keineswegs an solchen, die seinen Verdiensten volle Anerkennung zollten. Erst jüngst kam dies z. B. in einem Nekrolog zum Ausdruck, in dem von hochangesehener Seite geschrieben wurde: „*Kochs* wissenschaftliche Großtat ist die glänzende Schilderung der Entarteten in seinen „Psychopathischen Minderwertigkeiten“. Dieses Werk ragt aus der Unmenge psychiatrischer Bücher, die uns die letzten 30 Jahre gebracht haben, hoch heraus. Ein ehrenvoller Platz in der Wissenschaft bleibt *Koch* für alle Zeiten gesichert.“

Die ausländische Psychiatrie, besonders die belgische unter Führung *Morels*, hat sich von Anfang an mehr mit der Minderwertigkeitslehre befaßt, sie ist „vielfach tiefer in den Kern der Lehre und ihre Besonderheiten“ eingedrungen und hat ihre Tragweite mehr gewürdigt, was *Koch* stets rühmend anerkannte.

Einer besonderen Erklärung bedarf es nun noch, warum *Koch* mit seiner Lehre gerade auf Laienkreise so tiefgreifenden Einfluß ausgeübt hat. Der Hauptgrund liegt meines Erachtens darin, daß er es verstanden

hat, das psychiatrische Denken auf das gesamte öffentliche und private Leben anzuwenden und den hohen Wert dieser Anwendung jedermann einleuchtend zu machen. Dabei kamen ihm die früher genannten Vorzüge seiner Schreibweise, seine gemeinverständliche und zugleich fesselnde Darstellungskunst sehr zu statten. Wichtiger aber war es, daß er an die leichteren Formen von Psychopathien, z. B. an die „nervösen Störungen" anknüpfte und daran die schwereren verständlich zu machen suchte, mit anderen Worten, daß er zuerst die Minderwertigkeiten verstehen lehrte und von diesen aus die gesamte psychiatrische Lehre. Das Verständnis und Interesse weiterer Kreise für die Psychiatrie steht und fällt mit der Minderwertigkeitslehre. Diese Erfahrungstatsache hat noch einen tieferen Grund. Nur höchst ungern gibt der Laie die verminderte Zurechnungsfähigkeit und Verantwortlichkeit bei seinem Nebenmenschen zu, und vollends von der Aufhebung, wie sie der Psychiater im großen und ganzen bei den Psychosen annehmen muß, ist der Laie nur sehr schwer zu überzeugen. Die Erzieher und Seelsorger müssen berufmäßig erst recht darauf bedacht sein, daß das Verantwortlichkeitsgefühl nicht unnötig verkürzt wird, und doch empfinden gerade sie wieder am besten die teilweise Berechtigung der psychiatrischen Denkweise. Somit ist für diese Kreise der Vermittlungsgedanke der Minderwertigkeitslehre vielfach eine wahre Erlösung. Dennoch sind sie zu einem so einschneidenden Zugeständnis in der Theorie und Praxis nur dann geneigt, wenn sie ein besonders hohes Vertrauen zum ärztlichen Sachverständigen gewonnen haben. Daß *Koch* dieses unbedingte Vertrauen für seine Person zu erringen wußte, darin liegt gewiß das Geheimnis seines Erfolges. Offenbar kamen ihm hierbei zahlreiche günstige Umstände zu statten. Vor allem waren es seine Krankheitsgeschichten, durch die er die Herzen seiner Leser eroberte. Selbst ein so scharfer Kritiker wie *Möbius* sagt von diesen, sie verdienten eigentlich mehr die Bezeichnung „Menschenschilderungen" und „zeugen von einer liebevollen Vertiefung in den einzelnen Kranken und von umfassenden Kenntnissen." Jeder unbefangene Leser muß bei diesen Schilderungen den Eindruck gewinnen, daß *Koch* ein ganz ungewöhnlicher Menschenkenner war, daß er im Innersten des Menschen zu lesen wußte wie kaum ein anderer, daß er seine Kranken wohl oft besser verstand, als diese sich selbst. In der Tat hat auch mancher staunend bezeugt, daß *Koch* ihm die geheimsten Regungen seines Innern geoffenbart habe, noch ehe er sich selbst darüber klar gewesen sei, geschweige denn davon geredet habe. Aber nicht allein dadurch wirken seine Krankengeschichten so anziehend, sondern auch durch ihre wohlwollende und zugleich gerechte Beurteilung der Menschen. Es ist geradezu wunderbar, wie er Ernst und Milde miteinander zu vereinigen wußte. Besonders vertrauenerweckend wirkt es auf den Laien, daß *Koch* mit größter Peinlichkeit in jedem Einzelfall auseinander zu halten sucht, was physiologisch, was minderwertig und was psychotisch bedingt ist. Unwillkürlich liest man

dann auch zwischen den Zeilen, welch ungewöhnliches Vertrauen er bei den Kranken, die ihm ihr Innerstes eröffneten, in Wirklichkeit genossen haben muß, und eben dieses Gefühl der vollen Vertrauenswürdigkeit seiner Person überträgt sich naturgemäß auf den Leser.

Nicht minder gilt dieser Eindruck dann auch seiner Lehre. Zwar ist er einzelnen Fachgenossen im „Klassifizieren und Rubrizieren" etwas zu weit gegangen; aber jeder weitere Ausbau der Wissenschaft muß doch in vermehrter Einteilung und Gliederung des Stoffs bestehen. Es fragt sich nur, ob das Neue sich im Leben bewährt und als richtig erweist. Daß dies bei der *Koch*schen Minderwertigkeitslehre in der Tat zutrifft, ist von den verschiedensten Seiten bezeugt worden. Zuzugeben ist freilich, daß die Zerlegung des Stoffes in Disposition, Belastung und Degeneration, in idiopathische, konstitutionell beeinflußte und konstitutionelle Formen, in allgemeine und spezifische Unterarten usw. zunächst etwas fremd anmutet, aber sobald man sich näher eingearbeitet hat, erweist sich die Einteilung als ungemein einfach und lebenswahr, und ebendamit ist auch das Vertrauen zu seiner Lehre besiegelt. Wer übrigens schon von *Kochs* philosophischen Werken her die Klarheit seines Urteils und die Schärfe seines Verstandes kennen gelernt hatte, der konnte im voraus nicht im Zweifel sein, daß es sich nicht um eine verschwommene Systembildung, sondern nur um wohlabgewogene Ausgestaltung der psychiatrischen Lehre handeln könne.

Im tiefsten Grunde war es übrigens die überwältigende Macht seiner Persönlichkeit, die ihm so weithin unbegrenztes Vertrauen erwarb. Erst im persönlichen Verkehr kam die geschlossene Einheit seiner Weltanschauung, seine umfassende Welt- und Menschenkenntnis, sein großer Ernst im Kampf um die sittlichen und religiösen Güter, seine glühende Begeisterung für den Beruf und seine rührende Fürsorge für jeden einzelnen zum vollen Ausdruck, und diese Vorzüge seines Wesens übten eine wunderbare Anziehungskraft aus. Wie fruchtbar er diese persönlichen Beziehungen zu gestalten wußte, können alle bezeugen, denen sie vergönnt waren. Seine Überlegenheit hat nie jemand drückend empfunden, den er seiner Freundschaft gewürdigt hat. Geradezu rührend war es zu sehen, welch herzliches Verhältnis zwischen ihm und *Strümpell* zustande kam, obwohl die große räumliche Entfernung nur einen brieflichen Verkehr beider Männer ermöglichte.

Dieses uneingeschränkte Vertrauen, das *Koch* für seine Person und seine Lehre zu erwerben wußte, kam nicht zum wenigsten auch der ganzen psychiatrischen Wissenschaft zugute; nur läßt sich dieser Erfolg seiner Tätigkeit nicht so handgreiflich nachweisen, und er ist darum bisher in Fachkreisen nicht immer so gewürdigt worden, als er es zweifellos verdient.

Es wäre gewiß eine schöne und dankenswerte Aufgabe, den Umwälzungen noch näher nachzugehen, welche die *Koch*sche Lehre auf den verschiedenen Gebieten hervorgerufen hat. Indessen würde sie den

Rahmen dieser Zeitschrift weit überschreiten und sich gegenwärtig auch noch gar nicht zu einem richtigen Abschluß bringen lassen. Es bleibt nur noch übrig, mit einigen Worten auf die Einwände einzugehen, die im Laufe der Zeit gegen seine Lehre erhoben worden sind.

Koch hat von Anfang an vorausgesehen, daß der neue Name für unnötig erklärt werde; aber seine rasche Einbürgerung hat schlagend bewiesen, daß er einem wirklichen Bedürfnis entsprach, indem es sich in Wahrheit um die Einführung eines neuen Begriffs handelte. Ebendamit wird auch der weitere Einwand hinfällig, der Begriff selbst sei unnötig. Andern erscheint der Ausdruck „psychopathische Minderwertigkeit" allzu umständlich, und in der Tat genügt es für viele Fälle, von Psychopathie oder von Minderwertigkeit kurzweg zu sprechen, sobald aus dem Zusammenhang klar hervorgeht, was gemeint ist, und sich kein weiteres Mißverständnis einschleichen kann. Keinesfalls aber konnte *Koch* die Einschmuggelung des Ausdrucks „geistige Minderwertigkeit" gutheißen, gibt es doch davon ebensogut eine physiologische als eine pathologische Form. Zum mindesten müßte also von „krankhafter geistiger Minderwertigkeit" gesprochen werden, und damit wäre die Umständlichkeit nur noch verschlimmert. Leider hat sich der zweideutige Ausdruck in der umfangreichen kriminalistischen Literatur schon ziemlich fest eingebürgert, wird aber bald im Sinne *Kochs* gebraucht, bald auf die „Entarteten" beschränkt, bald auf „sämtliche Jugendliche" angewandt, „weil deren Gehirnentwicklung noch nicht abgeschlossen" sei; und solche Begriffsverwirrungen treffen wir keineswegs bloß auf juristischer Seite, also bei Laien in der Psychiatrie, sondern auch bei anerkannten Fachmännern, woraus naturgemäß die verhängnisvollsten Irrtümer und Fehlschlüsse hervorgehen.

Ein weiterer Einwand lautete, die Minderwertigkeitslehre zerreiße fälschlicherweise den engen Zusammenhang mit der Psychiatrie. Wer aber ihre Entstehungsgeschichte kennt, der weiß, daß gerade das Gegenteil zutrifft. Im „Leitfaden" und in der „Diagnostik" sind Psychosen und Minderwertigkeiten in ihrer engsten Verbindung untereinander geschildert, und so soll es nach *Koch* auch bleiben. Wenn schließlich gegen den Ausdruck „Minderwertigkeit" eingewendet wurde, daß er einen Widerspruch in sich selbst enthalte, so hat *Koch* auch dieses Bedenken vorausgesehen, indem er selbst lehrte, daß manche Personen trotz ihrer Minderwertigkeit oder vielmehr gerade infolge derselben „mehr wert" seien und mehr leisten als andere, normale Menschen; aber dieser Widerspruch ist im Wesen der Psychopathie selbst begründet. Eine gewisse, durch Krankheit bedingte „Wertverminderung" bleibt auch bei solchen Naturen immer bestehen, und darum trifft der Ausdruck unter allen Umständen zu.

Bei der lebhaften Anteilnahme der Laienwelt an der Minderwertigkeitslehre können noch weitere, gelegentliche Entstellungen und Verdrehungen nicht ausbleiben, doch dürfen diese dem Urheber nicht zur

Last gelegt werden, indem er sich um die klare und einfache Darlegung von Anfang an redlich bemüht hat. Nichts war ihm verhaßter als Unklarheiten, wie sie z. B. der Sammelbegriff „Neurasthenie" in sich birgt. Die Möglichkeit genauer Unterscheidung von vielen bestimmt ausgeprägten Unterarten legt nach *Kochs* Auffassung mindestens jedem Fachmann die Pflicht auf, diese Unterscheidungskunst für die Beurteilung und Behandlung nutzbar zu machen, und es erfüllte ihn geradezu schmerzlich, wenn er hierfür kein volles Verständnis fand.

Die nun folgenden Veröffentlichungen *Kochs* gelten teils dem weiteren Ausbau seiner Lehre, teils ihrer Anwendung aufs Leben, z. B. auf den Militärdienst, die Schule, das Haus. Weithin bekannt wurde das „Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen", worin *Koch* seine Meisterschaft in volkstümlicher Aufklärung von neuem bekundete und „Belehrung, Trost und Rat" in mehreren Auflagen erteilen durfte. Die „Frage nach dem geborenen Verbrecher" hat auch ihn lebhaft beschäftigt und ist von ihm in einer eigenen Schrift eingehend erörtert worden. Daß die von ihm vertretene Auffassung allmählich immer mehr durchdrang, war ihm eine große Befriedigung. Ob und wieweit seine Arbeit dazu beigetragen hat, war ihm Nebensache. Sehr interessant geschrieben sind seine „Abnormen Charaktere", in denen er seine hervorragende Welt- und Menschenkenntnis in anziehender Form zum Ausdruck bringt. Auch an Tagesfragen wie der sexuellen Aufklärung der Jugend, der Schädlichkeit des Rauchens und Trinkens hat er sich schriftstellerisch betätigt. Mehrere seiner Schriften sind ins Russische, Französische, Italienische übersetzt worden. Die letzte größere Arbeit ist eine Untersuchung über „die menschliche Freiheit, Verantwortlichkeit, Zurechnungsfähigkeit". Hier konnte er die Tiefe und Vielseitigkeit seiner Persönlichkeit noch einmal zur vollen Geltung bringen; er hat diese schwierigste unter allen Fragen der Psychiatrie mit dem ganzen Scharfsinn des Philosophen, mit dem Ernst eines Christen, mit der Warmherzigkeit des Menschenfreundes und der reichen Erfahrung des Psychiaters in Angriff genommen und in durchaus eigenartiger Weise zu lösen versucht.

Mit diesen wissenschaftlichen Leistungen ist die schriftstellerische Tätigkeit *Kochs* indessen keineswegs abgeschlossen. In der Muße seines Ruhestandes regte sich seine alte Liebe zur Poesie von neuem. In verschiedenen Zeitschriften sind außer prosaischen Erzählungen Gedichte von ihm erschienen, und schließlich gab er einen eigenen Band Gedichte heraus („Reich Gottes" — Verlag von Greiner & Pfeiffer in Stuttgart), die ihm einen nicht unbeträchtlichen Kreis von Freunden und Verehrern gewannen. Mit Recht wurde gerühmt, daß darin sein zartes Empfinden, seine edle Gesinnung und seine ideale Weltanschauung zum würdigen Ausdruck komme; manchmal freilich ist die Form nicht einwandfrei und der Inhalt mehr begrifflich scharf als künstlerisch verklärend ausgedrückt. Auch zwei Dramen hat *Koch* verfaßt: das Schauspiel „Der Baum der Genesung"

und das Trauerspiel „Alboin" (beide im Verlag von Greiner & Pfeiffer). Von ihnen wurde gerühmt, daß sie reife Früchte seines dichterischen Schaffens seien; er habe es verstanden, durch klaren Aufbau des Ganzen, durch sichere Zeichnung der Charaktere, durch spannende Steigerung zu fesseln. Zur Bühnenaufführung sind sie nicht gelangt; dazu waren sie wohl zu zart angelegt und durchgeführt; auch stand Koch der Bühnentechnik zu fern. Mit zunehmender Körperschwäche trat sein Trieb zu äußerer Betätigung seiner Neigungen immer mehr zurück. Sein Geist blieb rege bis zum letzten Ende, und durch seine große Geduld in den schweren Leiden bewährte er den Glauben, den er stets im Herzen getragen hatte. Das Ziel seiner äußeren Wünsche, der leidenden Menschheit selbstlos dienen zu dürfen, hat er reichlich erfüllt.

Überblicken wir das Gesagte noch einmal kurz, so kann darüber kein Zweifel bestehen, daß mit *Koch* eine ungewöhnliche Persönlichkeit aus dem Kreise der Fachgenossen geschieden ist. Er, der den größten Teil seines Lebens an einem weltabgeschiedenen Orte zugebracht hat, ist für die Psychiatrie von größerer Bedeutung geworden, als manche an führender Stelle; er, der sich selbst nicht frei von Minderwertigkeit wußte, ist vielen, Gesunden wie Kranken, zum sicheren Führer geworden und hat sich dabei doch nicht gescheut, die allgemeine Aufmerksamkeit auf die eigenartigen Wertverschiebungen im Personleben psychopathischer Naturen hinzulenken; er, dessen Dasein ganz den Nachtseiten menschlichen Lebens gewidmet war, hat sich bis zu seinem Ende einen unverwüstlichen Glauben an dessen Lichtseiten bewahrt; er, der im tiefsten Grunde von seinem religiösen Glauben beherrscht war, hat sich ganz im Dienste der Wissenschaft verzehrt und ist zum erfolgreichsten Vorkämpfer gerade des Fachs der Naturwissenschaften geworden, dem die Laien erfahrungsgemäß das größte Mißtrauen entgegenbringen, weil es am engsten mit den Geisteswissenschaften verknüpft ist und am tiefsten ins menschliche Leben eingreift; er, der grundsätzlich überall seine Person hinter die Sache zurückgestellt hat, durfte es erleben, daß durch die Macht seiner Persönlichkeit der von ihm vertretenen Wissenschaft am besten gedient war; und diese seine Verdienste um den Ausbau und die Ausbreitung der Psychiatrie werden auch seiner Person einst in der Geschichte einen Ehrenplatz sichern. Am unauslöschlichsten freilich wird sein Gedächtnis fortleben in den Herzen aller derer, die in persönlicher Freundschaft mit ihm verbunden waren. Have pia anima!

Römer (Stuttgart).

Verzeichnis der wissenschaftlichen Schriften und Abhandlungen J. L. A. Kochs.

Über das Hirn eines Buschweibes. Inaugural-Abhandlung. Tübingen 1867.

Über ein neues Verfahren bei der künstlichen Ernährung Geisteskranker. (Archiv der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und gerichtliche Psychologie. XVI. Jahrgang. Neuwied 1869.)

Vom Bewußtsein in Zuständen sogenannter Bewußtlosigkeit. (Vortrag. gehalten in der psychiatr. Sektion d. 50. deutschen Naturforscher-Vers. zu München.) Stuttgart 1877.

Zur Statistik der Geisteskrankheiten in Württemberg und der Geisteskrankheiten überhaupt. Sep.-Abdr. des III. Heftes des Jahrgangs 1878 der Württ. Jahrb. f. Statistik und Landeskunde. Stuttgart 1878.

Noch ein Wort über das Bewußtsein. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 35. 1879. Bemerkungen von *Koch* zur Lehre vom Othämatom finden sich in einer kasuistischen Mitteilung von *Essig* im selben Band der A. Z.

Beitrag zur Lehre von der primären Verrücktheit. (Ebenda. Bd. 36. 1879.)

Zur Geschichte des Irrenwesens in Württemberg. (Med. Korr.-Blatt des Württ. ärztl. Vereins. Bd. L. Stuttgart 1880.)

Die primäre Verrücktheit. (Irrenfreund. XXII. Jahrgang. 1880.)

Psychiatrische Winke für Laien. Stuttgart, Paul Neff, 1880. — 2. Auflage im selben Jahr. (Ins Französische übersetzt.)

Über das Gedächtnis. Mit Bemerkungen zu dessen Pathologie. (Zschr. f. Philosophie u. philosoph. Kritik. Neue Folge. Bd. 78. Halle, Pfeffer. 1881.)

Über das Unterscheidungsvermögen. (Ebenda Bd. 79. 1881.)

Über die Richarzsche Lehre von der Zeugung und Vererbung. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 38. 1881.)

Über die Grenzgebiete der Zurechnungsfähigkeit. (Irrenfreund. XXIII. Jahrgang. 1881.)

Zur Psychophysik. (Zeitschr. für Philosophie usw. Bd. 80. 1882.)

Der menschliche Geist und seine Freiheit. (Ebenda.)

Über die Seelenvermögen. (Ebenda. Bd. 81. 1882.)

Die Irrenanstaltsberichte. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 39. 1882.)

Erkenntnistheoretische Untersuchungen. Göppingen, Erwin Herwig, 1883.

Grundriß der Philosophie. Göppingen, Erwin Herwig, 1884. — Zweite, erweiterte und durchgesehene Aufl. 1885.

Die Variabilität der Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen. Mit weiteren Bemerkungen über diese. (Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 42. 1885.) — Vgl. hierzu auch die Bemerkungen von *Koch* in der im Bd. 49 derselben Ztschr. 1892 veröffentlichten Abh. von *Kölle* über diesen Gegenstand.

Hermann Ulrici. (Biograph. Jahrbücher für Altertumskunde. Berlin. Calvary, 1885.)

Die Wirklichkeit und ihre Erkenntnis. Eine systematische Erörterung und kritisch vergleichende Untersuchung der Hauptgegenstände der Philosophie. Göppingen, E. Herwig, 1886.

Der Einfluß der sozialen Mißstände auf die Zunahme der Geisteskrankheiten. (Soziale Zeitfragen. [Neue Folge.] 20. Heft. Minden i. W., J. C. C. Bruns, 1888 [1887].)

Kurzgefaßter Leitfaden der Psychiatrie. Mit besonderer Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse der Studierenden, der praktischen Ärzte und der Gerichtsärzte. Ravensburg, Dornsche Buchhandlung, 1888. — Zweite, verbesserte und vermehrte Aufl. 1889. (Ins Italienische übersetzt.)

Die Blattflechten der Zwiefalter Gegend. (Jahreshefte des Vereins für vaterl. Naturkunde in Württemberg. Stuttgart, Schweizerbart, 1888.)

Ein psychiatrischer Wink für den Hausarzt. (Irrenfreund. XXIX. Jahrgang. 1888 [1887].)

Anleitung zur gerichtsärztlichen Untersuchung und Begutachtung der psychopathischen Zustände. (*Börners* Reichs-Med.-Kalender 1890 [1889].) — Weitere Auflagen in einigen folgenden Jahren.

Spezielle Diagnostik der Psychosen. Kurz dargestellt. Ravensburg, Otto Maier (Dornsche Buchhandlung), 1890. (Ins Russische übersetzt.)

Die psychopathischen Minderwertigkeiten. I. Abteilung. Ravensburg, Otto Maier (Dornsche Buchhandlung), 1891 (1890).

Fürsorge für Geisteskranke. Thesen für die Mitglieder des IV. theoretisch-praktischen Instruktionskurses für Innere Mission (1891). — Vgl. auch Irrenfreund. 1891. 33. Jahrg.

Diagnostischer Überblick über die Psychosen. (*Börners* Reichs-Med. Kalender 1892 [1891].) — Weitere Auflagen in folgenden Jahren.

Die Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten in ihrem Verhältnis zu den Degenerationstheorien. (Irrenfreund. XXXIII. Jahrgang. 1892 [1891].)

Die psychopathischen Minderwertigkeiten. II. Abteilung. Ravensburg, Otto Maier (Dornsche Buchhandlung), 1892.

Die psychopathischen Minderwertigkeiten. III. Abteilung. Ravensburg, Otto Maier (Dornsche Buchhandlung), 1893.

Beitrag zur Lehre von den krankhaften Vorstellungen. (Irrenfreund. 1893.)

Die Bedeutung der psychopathischen Minderwertigkeiten für den Militärdienst. Ravensburg, Otto Maier, 1894 (1893).

Laienpsychiatrie. Ein Beitrag zu den psychiatrischen Zeit- und Streitfragen. Ravensburg, Otto Maier, 1894. (Separatabdruck aus „Der Irrenfreund". 1893.)

Die Frage nach dem geborenen Verbrecher. Ravensburg, Otto Maier, 1894. (Ins Russische übersetzt.)

Das Nervenleben des Menschen in guten und bösen Tagen. Eine Schrift zur Belehrung, zu Rat und Trost. Ravensburg, Otto Maier, 1895 (1894). — Weitere Auflagen in den folgenden Jahren. (Ins Italienische übersetzt.)

Einige Fälle von Verkennung des Irreseins und der Psychopathien überhaupt. (Irrenfreund. 1895.)

Pädagogik und Medizin. (Pädagog. Magazin usw. 71. Heft. Langensalz Hermann Beyer & Söhne, 1896.)

Die überwertigen Ideen. (Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 1896.)
Noch einmal die überwertigen Ideen. (Ebendaselbst.)
Soll man seinen Schmuck verkaufen? (Die erste der sechs „Kleinen medizinisch-pädagogischen Abhandlungen“ in „Die Kinderfehler usw.“ [Mitherausgeber Dr. *J. L. A. Koch.*] 1. Jahrgang. 1896.)
Etwas aus dem Reichsgesundheitsbüchlein. (Ebendaselbst.)
Ist das Rauchen und das Trinken wirklich so schädlich? (Ebendaselbst.
Die Überbürdung der Schüler mit Hausaufgaben. (Ebendaselbst.)
Ein drittes Mal die überwertigen Ideen. (Zentralbl. f. Nervenh. u. Psych. 1896.
Geschlechtliche Anomalien. (Kinderfehler usw. 2. Jahrgang. 1897.)
Zur Orientierung über die verschiedenen Arten von geistiger Störung. (Ebendaselbst. 4. Jahrgang. 1899.)
Abnorme Charaktere. V. Heft der Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. Einzeldarstellungen für Gebildete aller Stände. Wiesbaden. J. F. Bergmann, 1900.
Die Vermehrung des Lebens. Ein Wort an die Eltern für die Kinder. Stuttgart, D. Gundert, 1901 (1900).
Die menschliche Freiheit, Verantwortlichkeit, Zurechnungsfähigkeit. (Württ. Med. Korr.-Blatt. 1901.)
Die psychopathischen Minderwertigkeiten in der Schule. (Ein Beitrag zu *Baur,* Das kranke Schulkind. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1902.) — Zweite und dritte Aufl. 1903.
Die erbliche Belastung bei den Psychopathien. (Kinderfehler usw. 8. Jahrgang. 1903.)
Die Schulhygiene mit Rücksicht auf die psychopathischen Minderwertigkeiten (Ein Beitrag zu *Baur,* Die Hygiene des kranken Schulkindes. Stuttgart, Ferdinand Enke, 1903.)

Verein zum Austausch der Anstaltsberichte.

Dem Verein ist ferner beigetreten:
Sanatorium Schweizerhof (leitender Arzt Dr. *von Scarpatetti*). Post Wetzelsdorf bei Graz.

Personalnachrichten.

Dr. *Max Rosenfeld,* Priv.-Doz. in Straßburg, ist der Titel Professor verliehen worden.
Dr. *Adalbert Gregor* und
Dr. *Erwin Nießl v. Mayendorf* in Leipzig, sowie
Dr. *Fritz Eichelberg* in Göttingen haben sich als Privatdozenten für Psychiatrie habilitiert.
Dr. *Otto Habermaas,* Dir. d. Anstalt f. Epil. u. Schwachsinnige in Stetten, hat die Karl-Olga-Medaille in Silber erhalten.



Mitglieder des Deutschen Vereins für Psychiatrie. E. V.

Ehrenmitglieder:

Prof. Dr. **Leon. Bianchi**, Neapel, Psychiatrische Klinik der Universität.
Geh. Med.-R. Dr. **Ludwig**, Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Prof. Dr. **V. Magnan**, Paris, Asile clinique Ste. Anne.
Prof. Dr. **A. Tamburini**, Rom, Psychiatrisches Institut der Universität.

Vorstand:

Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Moeli**, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg bei Berlin, Vorsitzender.
Med.-R. Dr. **H. Kreuser**, Dir. d. Landesanstalt Winnental zu Winnenden (Württ.), Schatzmeister.
Hofrat Prof. Dr. **Em. Kraepelin**, München, Psychiatr. Klinik.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **C. Pelman**, Bonn a. Rh., Kaufmannstr. 83.
Geh. Med.-R. Dr. **Fr. Siemens**, Dir. d. Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Fr. Tuczek**, Dir. d. Landesanstalt Marburg (Reg.-Bez. Kassel).
San.-R. Dr. **Hans Laehr**, Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn, ständ. Schriftführer.

Dr. **K. Abraham**, Berlin W., Schöneberger Ufer 22.
Dr. **C. G. Ackermann.**, Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Adams**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Johannisthal bei Süchteln, Rheinprovinz.
Dr. **Max Adelt**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
San.-R. Dr. **Adler**, 2. Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Albrecht**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Prof. Dr. **K. Alt**, Dir. d. Prov.-Anstalt Uchtspringe (Altmark).
Geh. San.-R. Dr. **W. Alter**, Dir. d. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Priv.-Doz. Dr. **Al. Alzheimer**, Oberarzt, Psychiatr. Klinik zu München.

Dr. **F. Angerer,** Wien III, Heilanstalt Svetlin, Leonhardgasse.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **G. Anton,** Psychiatr. Klinik zu Halle a. S.
Dr. **Max Arndt,** Wannsee, Privatanstalt Waldhaus.
Dr. **O. Arnemann,** Landesanstalt Groß-Schweidnitz, Kgr. Sachsen.
Prof. Dr. **G. Aschaffenburg,** Köln a. Rh., Mozartstraße 11.
Dr. **B. Ascher,** Berlin W., Jägerstraße 18 II.
Dr. **Fr. Ast,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Backenköhler,** Dir. d. Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westfalen).
Med.-R. Dr. **Barbo,** Oberarzt, Landesanstalt Pforzheim.
San.-R. Dr. **Jul. Bartels,** Hameln (Hannover).
Dr. **Bauer,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern).
Hofrat Dr. **Beckh,** Nürnberg.
San.-R. Dr. **Th. Benda,** Berlin W., Dörnbergstr. 1 II.
Stabsarzt Dr. **Benneke,** Dresden, Königsbrückenstr. 2 II.
Prof. Dr. **Berger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Bernhard,** dir. Arzt, Godesberg a. Rh., Haus Godeshöhe.
Dr. **Ernst Beyer,** dir. Arzt, Volksheilstätte Roderbirken bei Leichlingen, Rheinprovinz.
Med.-R. Dr. **Bieberbach,** Dir., Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Binswanger,** Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Bischoff,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Blachian,** Oberarzt, Kreisanstalt Werneck, Unterfranken.
Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich, kantonale Heilanstalt Burghölzli.
Dr. **Ad. Blitz,** Pankow b. Berlin, Parksanatorium.
San.-R. Dr. Freiherr **Karl von Blomberg,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Dziekanka bei Gnesen.
Dr. **Bockhorn,** Oberarzt, Landesanstalt Uchtspringe (Altmark).
Dr. **Ernst Boeck,** Dir., Landesanstalt Troppau (Österr. Schlesien).
Dr. **Boedeker,** dir. Arzt, Priv.-Anstalt Fichtenhof zu Schlachtensee b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Boehme,** Dir., Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Boehmig,** Nervenarzt, Dresden, Hauptstraße 36 II.
Dr. **Boettcher,** Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Rich. Bolte,** Oberarzt, St. Jürgenasyl zu Ellen bei Bremen.
Prof. Dr. **Bonhöffer,** Breslau, Psychiatr. Klinik.
Med.-R. Dr. **Borell,** Godramstein (Rheinpfalz).
Dr. **Brackmann,** Oberarzt an der Landesanstalt Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **K. Brandl,** Assist.-Arzt an der Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Braune,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Konradstein b. Preuß.-Stargard.
Dr. **Bresler,** Oberarzt a. d. Prov.-Anstalt Lublinitz (O.-Schl.).
Dr. **Brodmann,** Nervenarzt, Berlin W., Magdeburgerstr. 16 I.

Dr. **C. M. Brosius,** S a y n b. Engers a. Rh.
Dr. **Walter Brosius,** Nervenarzt, S a a r b r ü c k e n (Lothr.).
Dr. **E. Brückner,** Oberarzt d. staatl. Anstalt F r i e d r i c h s b e r g b. Hamburg.
Dr. **Gustav Brunner,** Priv.-Anstalt N e u e m ü h l e b. Kassel.
Dr. **Otto Brunner,** Priv.-Anstalt N e u e m ü h l e b. Kassel.
San.-R. Prof. Dr. **Bruns,** Nervenarzt, H a n n o v e r, Lawesstr. 6.
Prof. Dr. **Buchholz,** Oberarzt d. staatl. Anstalt F r i e d r i c h s b e r g b. Hamburg.
Dr. **von Buchka,** Oberarzt, A l t s c h e r b i t z b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **Friedr. Buddeberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt M e r z i g (Rheinpr.).
Dr. **Buder,** Oberarzt a. d. Landesanstalt W i n n e n t a l b. Winnenden (Württ.).
Dr. **Karl Bünger,** Dir. der Privatanstalt G r o ß - W u s t e r w i t z (Prov. Sachsen).
Priv.-Doz. Dr. **Bumke,** F r e i b u r g i. Br., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Buttenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt F r e i b u r g (Schlesien).
Dr. **Campbell,** Nervenarzt, D r e s d e n, Amalienstr. 15, I.
Med.-R. Dr. **Camerer,** Referent d. Med.-Koll. zu S t u t t g a r t.
Dr. **W. Caselmann,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt D e g g e n d o r f (N.-Bayern).
Priv.-Doz. Dr. **Cassirer,** B e r l i n W., Tauenzienstr. 7, II.
Dr. **Fritz Chotzen,** Oberarzt, Städt. Irrenhaus, B r e s l a u XII, Einbaumstraße.
Dr. **Carl Christoph,** Prov.-Anstalt O b r a w a l d e b. Meseritz (Posen).
Dr. **W. Cimbal,** A l t o n a, städt. Krankenhaus.
Med.-R. Dr. **Claren,** Kreisarzt, C r e f e l d.
Dr. **Jul. Cohen,** Oberarzt, K ö n i g s l u t t e r (Braunschweig), Landesanstalt.
Dr. **Colla,** Nervenheilanstalt B u c h h e i d e b. Finkenwalde (Pommern).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Aug. Cramer,** G ö t t i n g e n, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Max Cramer,** Nervenarzt, H a m b u r g, Esplanade 21.
Dr. **Jul. Daiber,** Oberarzt, Staatsanstalt W e i n s b e r g (Württ.).
Dr. **Damköhler,** 2. Arzt, Kreisanstalt K l i n g e n m ü n s t e r (Rheinpfalz).
Ao. Prof. Dr. **Dannemann,** Oberarzt, G i e ß e n, Psychiatr. Klinik.
Stabsarzt Dr. **Dansauer,** B e r l i n - W i l m e r s d o r f, Holsteinische straße 45a.
Dr. **Dees,** Dir. d. Kreisanstalt G a b e r s e e, O.-Bayern.
Dr. **Degenkolb,** Oberarzt, Landesanstalt R o d a S.-A.
Dr. **Heinr. Dehio,** Oberarzt, städt. Anstalt D ö s e n b. Leipzig.
Dr. **Deiters,** Oberarzt, Prov.-Anstalt G r a f e n b e r g b. Düsseldorf.
Dr. **Delbrück,** Dir. d. St. Jürgenasyls zu E l l e n b. Bremen.

Dr. **Karl Demohn,** Oberarzt, Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.
Dr. **Deutsch,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg in Pommern.
Dr. **Dieckhoff,** Nervenheilanstalt Streitberg, Oberfranken.
Dr. **Dietz,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau, Großh. Hessen.
Dr. **Dinter,** Oberarzt, Prov.-Heilanstalt Brieg in Schlesien.
Geh. San.-R. Dr. **Dittmar,** Dir. d. Bezirksanstalt Saargemünd (Lothr.).
San.-R. Dr. **Dluhosch,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kosten (Prov. Posen).
Dr. **Döblin,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Med.-R. Dr. **O. Dörrenberg,** Kreisarzt, Soest (Westf.).
Dr. **H. W. Dreuw,** Hamburg.
Dr. **Dubbers,** Dir. d. Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Dr. **Ebers,** Baden-Baden, Sanatorium.
San.-R. Dr. **C. Edel,** Dir. d. Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
Dr. **Max Edel,** Priv.-Anstalt Charlottenburg, Berlinerstr. 17—19.
Prof. Dr. **Edinger,** Frankfurt a. M., Leerbachstr. 27.
Dr. **Hans Ehrcke,** Landesanstalt Uchtspringe (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **von Ehrenwall,** Dir. d. Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinprovinz).
Dr. **Alfr. Ehrhardt,** Priv.-Anstalt Karlshof zu Rastenburg, O.-Pr.
Dr. **R. Ehrhardt,** Oberarzt, Staatsanstalt Winnental b. Winnenden (Württ.).
Dr. **Karl Eisen,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Deggendorf (Niederbayern).
Dr. **Otto Elias,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Rybnik (O.-Schl.).
Dr. **Encke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pommern)
Dr. **H. Engelken,** Dir. d. Priv.-Anstalt Rockwinkel, Oberneuland b. Bremen.
Dr. **H. Engelken,** Anstaltsarzt, Gardelegen (Altmark).
Dr. **Fr. Erck,** Oberarzt, Landesanstalt Weilmünster (Nassau).
Geh. San.-R. Dr. **Erlenmeyer,** Dir. d. Priv.-Anstalt Bendorf bei Coblenz.
Dr. **van Erp-Taalmann-Kipp,** Dir. d. Sanatoriums Arnheim, Holland.
Dr. **Ewald,** Sek.-Arzt am städt. Siechenhaus zu Frankfurt a. M.
San.-R. Dr. **Fabricius,** Dir. d. Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Facklam,** Dir. d. Sanatorium Suderode a. H.
Dr. **Franz Falk,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **Falkenberg,** Oberarzt, Städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
Dr. **Faltlhauser,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Bayern).
Dr. **von Feilitsch,** Nervenarzt, Dessau, Körnerstr. 2.
Med.-R. Dr. **Feldkirchner,** Dir. der Kreisanstalt Karthaus Prüll bei Regensburg.

Geh. Obermed.-R. Dr. **Felgner,** Dresden-A., Hohe Straße 27.

Geh. Med.-R. Dr. **Franz Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Pforzheim (Baden).

Med.-R. Dr. **Max Fischer,** Dir. d. Landesanstalt Wiesloch (Baden).

Dr. **Osk. Fischer,** Priv.-Doz., Prag, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Gust. Flügge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Johannisthal b. Süchteln (Rheinpr.).

Priv.-Doz. Dr. **Rich. Förster,** Oberarzt, Bonn a. Rh., Prov.-Anst.

Dr. **J. Fränkel,** dir. Arzt d. Privatanstalt Berolinum, Lankwitz bei Berlin.

Hofrat Dr. **Friedländer,** dir. Arzt d. Privatanstalt Hohe Mark b. Oberursel a. Taunus.

Geh. San.-R. Dr. **Fries,** Dir. d. Prov.-Anstalt Nietleben b. Halle a. S.

Dr. **Früstück,** Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf, Kgr. Sa.

Dr. **W. Fuchs,** Oberarzt, Landesanstalt Emmendingen (Baden).

Dr. **Fürer,** dir. Arzt von Haus Rockenau b. Eberbach a. Neckar.

Dr. **Joh. Füth,** Arzt in Koblenz a. Rh.

Dr. **Gallus,** Oberarzt, Landesanstalt Potsdam, Leipzigerstr. 18.

Geh. San.-R. Dr. **Ganser,** Dir. d. städt. Anstalt Dresden, Lüttichaustr. 25 II.

Prof. Dr. **Gaupp,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Geelvink,** Oberarzt d. städt. Anstalt, Frankfurt a. M.

Dr. **Fr. Geist,** Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).

Dr. **Gellhorn,** Theresienhof bei Goslar a. Harz.

Dr. **Fritz Gerlach,** Dir. d. Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).

Geh. Med.-R. Dr. **Heinr. Gerlach,** Prov.-Anstalt Münster (Westf.).

Dr. **Otto Gerling,** Assist.-Arzt, Landeshospital Merxhausen, Reg.-Bez. Kassel.

San.-R. Dr. **Gerstenberg,** Dir. d. Prov.-Anstalt Hildesheim.

Dr. **Nik. Gierlich,** dir. Arzt des Kurhauses Wiesbaden.

San.-R. Dr. **Gigglberger,** Wasserheilanstalt Michelstadt (Odenwald).

San.-R. Dr. **Gock,** Dir. d. Prov.-Anstalt Landsberg a. W.

Dr. **Götze,** Landesanstalt Untergöltsch bei Rodewisch (Kgr. Sa.).

San.-R. Dr. **Goldstein,** Sanat. Großlichterfelde, Jungfernstieg.

San.-R. Dr. **Gottlob,** Bonn a. Rh., Rittershausstr. 26.

Dr. **O. Grahl,** Sanat. Lauenstein b. Hedemünden a. Werra.

Dr. **v. Grabe,** Oberarzt, staatl. Anstalt Friedrichsberg b. Hamburg.

Geh. R. Prof. **von Grashey,** München, Prinzregentenstr. 18 II.

Dr. **Heinz Grau,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).

Dr. **Ad. Groß,** Dir. d. Rezirksanstalt Rufach (Elsaß).

Dr. **Rob. Groß,** Dir. d. Landesanstalt Schussenried (Württ.).

Dr. **Großmann,** Oberarzt d. Landesanstalt Nietleben b. Halle a. S.

Dr. **Clem. Gudden,** Nervenarzt, [illegible] Rh., Buschstr. 2.

(Baden).

Dr. **Haberkant,** Oberarzt, Bezirksanstalt Stephansfeld bei Brumath, Unterelsaß.

San.-R. Dr. **Otto Habermaas,** Dir. d. Anstalt f. Epil. und Schwachs., Stetten, Oberamt Cannstatt.

Dr. **Ernst Hahn,** Dir. Arzt d. städt. Irrenhauses, Breslau XII., Einbaumstr.

Dr. **Kurt Halbey,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde i. Pomm.

Dr. **Erw. Harlander,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Werneck (Unterfr.).

Prof. Dr. **Fritz Hartmann,** Graz, Psychiatr. Klinik.

Dr. **Hasche-Klünder,** Assist.-Arzt, Hamburg, Städt. Anstalt Friedrichsberg.

Dr. **H. Havemann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Tupiau, O.-Pr.

Dr. **Hebold,** Dir. d. städt. Anstalt Wuhlgarten b. Biesdorf-Berlin.

Prof. Dr. **Hecker,** Kuranstalt Wiesbaden, Gartenstr. 4.

Dr. **Hegar,** Landesanstalt Wiesloch (Baden).

Dr. **F. Hegemann**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster i. W.

Prof. Dr. **Heilbronner,** Utrecht, Maliebaan 59.

Dr. **R. Heiligenthal,** Baden-Baden, Sanat. Dr. Ebers.

Dr. **H. Heilemann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Bunzlau.

Dr. **W. Heinicke,** Strafanstaltsarzt, Waldheim (Kgr. Sa.).

Dr. **Heinke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).

Dr. **von der Helm,** Privatanstalt Endenich b. Bonn a. Rh.

Dr. **Herfeldt,** Dir. d. Kreisanstalt Ansbach (Mittelfranken).

Dr. **Hermkes,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).

Dr. **E. Herse,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schwetz W.-Pr.

Dr. **Herting,** Dir. d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinprovinz).

Dr. **Herwig,** Idiotenanstalt Nieder-Marsberg (Westf.).

Dr. **Heß,** Oberarzt der Kahlbaumschen Privatanstalt Görlitz, Schillerstraße 14.

Geh. San.-R. Dr. **Hesse,** Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).

Dr. **Hinrichs,** Prov.-Anstalt Schleswig.

Geh. Hofrat Prof. Dr. **Hoche,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Dr. **Jos. Hock,** Oberarzt, Kreisanstalten Kaufbeuren (Bayern).

Dr. **Höniger,** Arzt, Halle a. S., Schillerstr. 10.

Med.-R. Dr. **Hösel,** Dir. d. Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).

San.-R. Dr. **Höstermann,** Wasserheilanstalt Marienberg b. Boppard am Rhein.
Dr. **Imm. Hoffmann,** Prov.-Anstalt Altscherbitz b. Schkeuditz.
Dr. **Reinh. Hoffmann,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Bernh. Hollander,** London, 35 a Welbeck Street, Cavendish Square.
Dr. **Holzen,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Dr. **Hopf,** Oberarzt, Potsdam, Prov.-Anstalt f. Epileptische.
Dr. **Ad. Hoppe,** Oberarzt, Flammsche Privatanstalt zu Pfullingen (Württ.).
Dr. **J. Hoppe,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Uchtspringe (Prov. Sa.).
Dr. **Hornung,** dir. Arzt, Schloß Marbach, Post Wangen b. Konstanz.
Dr. **Horstmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.
Priv.-Doz. Dr. **Hübner,** Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Hüfler,** Nervenarzt, Chemnitz, Brückenstr. 14.
Dr. **Hügel,** Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Dr. **B. Huth,** Nervenarzt, Bonn a. Rh.
Priv.-Doz. Dr. **Jahrmärker,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Marburg (Hessen).
Dr. **Jaspersen,** Privatanstalt Schellhorner-Berg b. Preetz (Holstein).
Geh. San.-R. Dr. **Jastrowitz,** Berlin NW., Alt-Moabit 131.
Med.-R. Dr. **L. Jenz,** Dir. d. Großh. Landes-Idiotenanstalt in Schwerin (Meckl.).
Dr. **Ilberg,** Oberarzt, Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
Dr. **A. Imhof,** Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).
Dr. **Jühlke,** Anstaltsarzt, (Alt-) Strelitz, Landesanstalt.
Dr. **Kaes,** Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.
Dr. **Kahlbaum,** Dir. d. Privatanstalt Görlitz.
Dr. **Kaiser,** 2. Arzt d. Privatanstalt Neufriedenheim, Post München 12.
Dr. **S. Kallscher,** Schlachtensee, Kurhaus Hubertus.
Dr. **Paul Kapff,** Dir. d. Heilstätte f. Alkoholkranke, Fürstenwalde a. Spree.
Med.-R. Dr. **Karrer,** Dir. d. Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpf.)
Dr. **A. Kellner,** Oberarzt, Landesanstalt Untergöltsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
San.-R. Dr. **Kern,** Dir. d. Idiotenanstalt Möckern b. Leipzig.
Dr. **Kerris,** Oberarzt d. Prov.-Anstalt Galkhausen b. Langenfeld (Rheinpr.).
Prof. Dr. **Kirchhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **Kleefisch,** Assist.-Arzt, Idiotenanstalt Huttrop b. Essen (Rheinpr.).
Dr. **Kleffner,** Dir. d. Prov.-Anstalt Eickelborn (Westf.).
San.-R. Dr. **Kleudgen,** Privatanstalt Obernigk b. Breslau.
Dr. **Klewe,** Landesanstalt Emmendingen (Baden).
Dr. **Klinke,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lubliniitz (O.-Schl.).



Dr. **Klüber,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Dr. **O. Kluge,** Dir. d. Prov.-Anstalt Potsdam.
Geh. San.-R. Dr. **Knecht,** Dir. d. Prov.-Anstalt Ückermünde (Pom.).
Dr. **H. Knehr,** Nürnberg, Josephsplatz 10 II.
Dr. **Aug. Knoblauch,** Oberarzt, städt. Siechenhaus, Frankfurt a. M., Gärtnerweg 31.
Dr. **Knoerr,** Dir. d. Prov.-Anstalt Teupitz (Kr. Teltow).
San.-R. Dr. **Emil Koch,** Rinteln, Reg.-Bez. Kassel.
Dr. **Hans Koch,** Oberarzt, Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Köberlin,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen (Mittelfranken).
Dr. **Hans Köhler,** Oberarzt, Kreisanstalt Gabersee (O.-Bayern).
Dr. **M. L. Köhler,** Sanat. Hainstein b. Eisenach.
Priv.-Doz. Dr. **A. Kölpin,** Prov.-Anstalt Andernach.
Geh. Med.-R. Dr. **W. J. König,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
Dr. **H. Körthe,** Oberarzt, städt. Anstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Kohnstamm,** Königstein i. Taunus.
Dr. **G. Kolb,** Dir. d. Kreisanstalt Kutzenberg (Oberfranken).
San.-R. Dr. **Kortum,** Oberarzt, Dalldorf b. Berlin.
Priv.-Doz. Dr. **Fr. Kramer,** Breslau, Psychiatr. Klinik, Agnesstr. 2I.
Dr. **Kratz,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim (Großh. Hessen).
Dr. **Krause,** Stabsarzt, Berlin W. 50, Regensburgerstr. 39.
Dr. **Krauß,** Dir. d. Privatanstalt Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).
Med.-R. Dr. **Kraußold,** Dir. d. Kreisanstalt Bayreuth.
Dr. **Krebs,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Allenberg b. Wehlau, O.-Pr.
Obermed.-R. Dr. **Krell,** Dir. d. Landesanstalt Großschweidnitz b. Löbau (Kgr. Sachsen).
Dr. **Krimmel,** Dir. d. Landesanstalt Zwiefalten (Württ.).
Dr. **Fritz Kroemer,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.
Geh. Med.-R. Dr. **Richard Kroemer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Konradstein bei Preuß.-Stargard.
Dr. **Kufs,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).
Dr. **Kundt,** Dir. d. Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Dr. **Guido Kunze,** Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Rybnik (O.-Schl.).
Dr. **Kurella,** Nervenarzt, Bad Godesberg a. Rh.
Dr. **Kurz,** Dir. d. Privatanstalt Pfullingen (Württ.).
Dr. **Lachmund,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Münster (Westf.).
Dr. **Georg Laehr,** Schweizerhof zu Zehlendorf-Wannseebahn.
Prof. Dr. **Max Laehr,** Dir., Haus Schönow zu Zehlendorf-Wannsee-bahn.
Dr. **Martin Lahse,** Anstaltsarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
San.-R. Dr. **Gustav Landerer,** Dir., Christophsbad zu Göppingen (Württ.).
San.-R. Dr. **Nik. Landerer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Hofrat Dr. **Paul Landerer,** Kennenburg b. Eßlingen (Württ.).

Dr. **Joh. Lange,** dir. Arzt, Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
Dr. **P. Langer,** Landesasyl Jerichow (Prov. Sachsen).
San.-R. Dr. **Lantzius-Beninga,** Dir. d. Prov.-Anstalt Weilmünster (Nassau).
San.-R. Dr. **Leop. Laquer,** Nervenarzt, Frankfurt a. M., Jahnstr. 42.
Dr. **Lauenstein,** Priv.-Anstalt, Hedemünden a. Werra.
Dr. **Erwin Lauschner,** Oberarzt, Treptow a. Rega, Prov.-Anstalt.
Dr. **F. Lehmann,** dir. Arzt, Lindenhof zu Coswig b. Dresden.
Obermed.-R. Dr. **G. H. Lehmann,** Dir. d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **R. Lehmann,** Arzt, Prov.-Anstalt Freiburg (Schlesien).
Dr. **Leonhardt,** Sanat. Waidmannslust b. Berlin.
Med.-R. Dr. **Leppmann,** Berlin NW., Kronprinzenufer 23.
Dr. **Levinstein,** Dir. d. Maison de Santé, Schöneberg-Berlin W.
Dr. **Max Lewandowsky,** Berlin W., Eichhornstr. 9.
Dr. **M. Liebers,** Assist.-Arzt d. städt. Anstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **A. Lienau,** Nervenarzt, Hamburg-Eimsbüttel, 19 am Weiher.
San.-R. Dr. **Lilienstein,** Nervenarzt, Bad Nauheim.
Prof. Dr. **Hugo Liepmann,** Berlin W. 10, Matthäikirchstr. 16.
Dr. **Alfr. Linke,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Hofrat Dr. **Lochner,** Dir. d. städt. Privatanstalt Thonberg b. Leipzig.
Dr. **Siegfried Löwenthal,** Arzt, Braunschweig, Bruchtorpromenade 12.
Dr. **Löwenthal,** Berolinum zu Groß Lichterfelde b. Berlin.
Dr. **Max Löwy,** Nervenarzt, Marienbad i. B.
Dr. **Georg Lomer,** Oberarzt, Blankenhain i. Thür., Landesanstalt.
San.-R. Dr. **Joh. Longard,** dir. Arzt des Fürst-Carl-Landesspitals, Sigmaringen.
Dr. **Max Lubowski,** Berlin W., Lützowstr. 48 II.
Dr. **Lückerath,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Dr. **Lüdemann,** Assist.-Arzt, Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Dr. **Lüderitz,** Dir. d. Karl-Friedrich-Hospitals, Blankenhain in Thür.
Dr. **Lullies,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein, O.-Pr.
Dr. **M. Lustig,** Naunhof-Erdmannshain b. Leipzig.
Dr. **Luther,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Lauenburg (Pommern).
Prof. Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Breslau, Tassenstr. 20.
Dr. **Ludw. Mann,** Nervenarzt, Mannheim, Friedrichplatz 5.
Priv.-Doz. Dr. **Al. Margulies,** Prag.
Dr. **Marthen,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Landsberg a. W.
Dr. **Martin,** Hohe Mark b. Oberursel am Taunus.
Med.-R. Dr. **Matthaes,** Dir. d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Matthes,** Kreisarzt, Wilhelmshaven.
Obermed.-R. Dr. **Matusch,** Dir. d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Med.-R. Dr. **Mayer,** Dir. d. Philippshospitals zu Goddelau (Großh. Hessen).

Med.-R. Dr. **Mayser,** Dir. d. Landesanstalt Hildburghausen.
Dr. **Meltzer,** 1. Arzt d. Landeserziehungsanstalten f. Schwachsinn. u. Blinde, Chemnitz.
Dr. **Kurt Mendel,** Nervenarzt, Berlin NW., Luisenstr. 21 II.
San.-R. Dr. **Mercklin,** Dir. d. Prov.-Anstalt Treptow a. Rega (Pomm.).
Priv.-Doz. Dr. **L. Merzbacher,** Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Meschede,** Königsberg i. Pr., Mitteltragheim 35 II.
Prof. Dr. **Ernst Meyer,** Königsberg i. Pr., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Herm. Meyer,** Oberarzt, Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).
Dr. **Eugen Möller,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Plagwitz (Schlesien).
Dr. **Paul Möller,** Nervenarzt, Grunewald b. Berlin, Hubertusallee 37.
Dr. **Friedr. Mörchen,** Priv.-Anstalt Ahrweiler (Rheinpr.).
Dr. **Mucha,** Dir. d. Privatanstalt Franz.-Buchholz b. Berlin.
Dr. **Hellm. Müller,** städt. Heilanstalt Dösen b. Leipzig.
Dr. **Muermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Aplerbeck (Westf.).
Dr. **D. Munter,** Berlin C., Kaiser Wilhelmstr. 21.
Med.-R. Dr. **Näcke,** dir. Arzt d. Landesanstalt Hubertusburg b. Wermsdorf (Kgr. Sachsen).
Dr. **Nawratzki,** Privatanstalt Waldhaus bei Wannsee.
Dr. **Cl. Neißer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **Ernst Nenning,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing bei München.
Dr. **Nerlich,** Oberarzt, Landesanstalt Hochweitzschen b. Westewitz (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **Neuberger,** Dir. d. Staatsanstalt Langenhorn b. Hamburg.
Med.-R. Dr. **Neuendorff,** Dir. d. Landesanstalt Bernburg, Anhalt.
Dr. **Neupert,** Oberarzt, Kreisanstalt Erlangen.
Dr. **Erwin Nießl von Mayendorf,** Leipzig, Psychiatr. Klinik.
Prof. Dr. **Nißl,** Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Nitsche,** Oberarzt d. städt. Anstalt, Dresden, Löbtauerstr. 31.
Hofrat Prof. Dr. **Obersteiner,** Dir. der Privatanstalt Oberdöbling b. Wien.
Geh. San.-R. Dr. **Öbeke,** Bonn a. Rh., Baumschulenallee 7.
Dr. **Östreicher,** Dir. d. Privatanstalt Nieder-Schönhausen b. Berlin.
Dr. **Ötter,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ansbach (Mittelfranken).
Dr. **Ofterdinger,** Dir. d. Privatanstalt Rellingen b. Pinneberg (Holst.).
Dr. **Alb. Oliven,** dir. Arzt, Berolinum, Großlichterfelde b. Berlin.
Dr. **Kurt Ollendorff,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.
Prof. Dr. **Oppenheim,** Berlin W., Lennéstr. 3.
Dr. **Oppermann,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Erlangen (M.-Franken).
Dr. **Orthmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Oßwald,** Dir. der Landesanstalt Alzey.

Med.-R. Dr. **Oster,** Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
San.-R. Dr. **Otto,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
Geh. Med.-R. **Overbeck,** Lemgo (Fürst. Lippe).
Geh. San.-R. Dr. **Paetz,** Dir., Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Passow,** Nervenarzt, Meiningen.
Dr. **Peipers,** Dir. d. Privatanstalt Pützchen b. Bonn a. Rh.
San.-R. Dr. **Peretti,** Dir. d. Prov. Anst. Grafenberg b. Düsseldorf.
San.-R. Dr. **Petersen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Brieg (Schlesien).
San.-R. Dr. **Peterßen-Borstel,** Dir. d. Prov.-Anstalt Plagwitz (Schles.).
Prof. Dr. **Pfister,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.
Hofrat Prof. Dr. **Pick,** Prag, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Felix Plaut,** München, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Pönsgen,** Kuranstalt Nassau a. Lahn.
Dr. **Pohl,** Dr. Weilersche Anstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 34.
Dr. **Pohlmann,** Oberarzt, Aplerbeck (Westf.), Provinzial-Heilanstalt.
Dr. **Prinzing,** Dir. d. Kreisanstalten zu Kaufbeuren (Bayern).
Dr. **F. Probst,** Anstaltsarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Dr. **Przewodnik,** Assist.-Arzt. Prov.-Anstalt Leubus (Schlesien).
Dr. **Quaet-Faslem,** Prov.-Nervenheilanstalt Rasemühle b. Göttingen.
San.-R. Dr. **Rabbas,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neustadt (W.-Pr.).
Dr. **von Rad,** Nervenarzt, Nürnberg.
Prof. Dr. **Raecke,** Oberarzt d. Nervenklinik, Kiel, Niemannsweg 147.
Med.-R. Dr. **Rank,** Dir. d. Landesanstalt Weißenau (Württ.).
Dr. **Karl Ranke,** Dir. d. Privatanstalt Obersendling b. München, Wolfratshauserstr. 29.
Priv.-Doz. Dr. **Otto Ranke,** Assist.-Arzt, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Th. Ranniger,** Oberarzt, Landesanstalt Waldheim (Kgr. Sachsen).
Dr. **Ernst Rehm,** Dir. d. Privatanstalt Neufriedenheim b. München.
San.-R. Dr. **Paul Rehm,** Sanat. Blankenburg a. Harz.
Dr. **Friedr. Reich,** Assist.-Arzt, städt. Anstalt Herzberge, Lichtenberg b. Berlin.
Priv.-Doz. Dr. **Martin Reichardt,** Würzburg, Hofstr. 9.
Med.-R. Dr. **J. Reichelt,** Dir. d. Landesanstalt Hochweitzschen bei Westewitz (Mulde), Kgr. Sachsen.
Dr. **O. Rein,** Assist.-Arzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Reis,** Görlitz, Dr. Kahlbaums Privatanstalt.
Dr. **Reiß,** Assist.-Arzt, Tübingen, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Rentsch,** Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna.
Dr. **O. Repkewitz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Dr. **P. Reuter,** Lübeck, Mühlenbrück 5 a.
Prof. Dr. **Reye,** Dir. a. D. d. Staatsanstalt Friedrichsberg b. Hamburg.

Med.-R. Dr. **Ribstein,** dir. Arzt am Landesgefängnis Freiburg i. Br.
Dr. **Richstein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Richter,** Dir. d. städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Riebeth,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.
Prof. Dr. **Rieger,** Würzburg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Joh. Römer,** Assist.-Arzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Dr. **Karl Römer,** Nervenarzt, Hirsau im Schwarzwald.
Dr. **Römheld,** Oberarzt, Landesanstalt Heppenheim a. B. (Großh. Hessen).
Dr. **Rösen,** Oberarzt, Landesanstalt Landsberg a. W.
Dr. **Rohde,** Nervenarzt, Bad Königsbrunn b. Königstein, Sächs. Schweiz.
Dr. **Rosenberg,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **P. Roßbach,** Oberarzt, Landesanstalt Zschadraß b. Colditz (Kgr. Sachsen).
Dr. **Roth,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.
Geh. San.-R. Dr. **Ruhbarth,** Dir. d. Prov.-Anstalt Niedermarsberg (Prov. Westf.).
Dr. **Alb. Rühle,** Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Dr. **Runge,** Assist.-Arzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.
San.-Rat Dr. **Rust,** 2. Arzt d. Landesanstalt Sachsenberg b. Schwerin.
Dr. **Eug. Samuel,** Grunewald b. Berlin, Winklerstr. 24.
Dr. **Max Sander,** Kairo (Ägypten), Sharia Azbak 2, II.
Geh. Med.-R. Dr. **Wilh. Sander,** Dir. d. städt. Anstalt Dalldorf b. Berlin.
Dr. **Friedr. Sandner,** Oberarzt, Bezirksanstalt Rufach (Oberelsaß).
Dr. **Sauermann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Merzig (Rheinpr.).
Med.-R. Dr. **Alfons Schaefer,** Dir. d. Landesanstalt Roda S.-A.
San.-R. Dr. **Friedr. Schaefer,** Dir. d. Prov.-Anstalt Lengerich (Westf.).
San.-R. Dr. **Schauen,** Dir. d. Prov.-Anstalt Schwetz a. Weichsel.
Dr. **Friedrich Schaumburg,** Oberarzt, Prov.-Anst. Uchtspringe (Prov. Sachsen).
Dr. **Schauß,** Assist.-Arzt, Städt. Anstalt Buch b. Berlin.
Dr. **Schedtler,** Dir. d. Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).
Dr. **Scheiber,** Oberarzt, Kreisanstalt Deggendorf (N.-Bayern).
Prof. Dr. **Scheven,** Rostock, Graf-Schack-Straße 1.
Dr. **Schilling,** Berlin-Schöneberg, Maison de Santé.
Geh. San.-R. Dr. **Adolf Schmidt,** Dir. d. Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Adolf Schmidt,** Oberarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Al. Schmidt,** Dir. d. Privatanstalt Carlsfeld b. Brehna (Prov. Sachs.).
Dr. **Alfr. Schmidt,** Oberarzt, Marsberg (Westf.), Prov.-Anstalt.
Dr. **Emil Schmidt,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Wunstorf b. Hannover.
Dr. **Herm. Schmidt,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.

Dr. **Karl Schmidt,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Altscherbitz bei Schkeuditz (Prov. Sachsen).
Dr. **Kurt Schmidt,** Nervenarzt, Dresden-A., Walpurgisstr. 15.
Dr. **Anton Schmitz,** Privatanstalt Bonn a. Rh., Lennéstr. 24.
Dr. **Matthias Schmitz,** Oberarzt, Landesanstalt Neuruppin.
San.-R. Dr. **Ernst Schneider,** Dir. d. Prov.-Anstalt Osnabrück.
Dr. **Herm. Schneider,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Reinh. Schneider,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Untergöltzsch bei Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Hub. Schnitzer,** Idiotenanstalt Kückenmühle b. Stettin.
Dr. **Schönfeldt,** Privatanstalt Atgasen b. Riga.
Dr. **Scholinus,** Privatanstalt Pankow b. Berlin, Breitestr. 18-19.
Dr **Ludw. Scholz,** Dir. d. Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Prov. Posen).
Dr. **Schott,** Oberarzt, Landesanstalt Weinsberg (Württ.).
San.-R. Dr. **Schreiber,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Düren (Rheinpr.).
Dr. **Max Schroeder,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Ückermünde (Pom.).
Priv.-Doz. Dr. **Paul Schroeder,** Oberarzt, Breslau, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Schroeder,** Assist.-Arzt, Altscherbitz b. Schkeuditz (Prov. Sa.).
Dr. **Schubert,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kreuzburg (O.-Schl.).
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Schuchardt,** Landesanstalt Gehlsheim b. Rostock.
Dr. **Walt. von Schuckmann,** Abt.-Arzt, Prov.-Anstalt Lüben (Schlesien).
Geh. R. Dr. **Schüle,** Dir. d. Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).
Dr. **Schürmann,** Oberarzt, Landesanstalt Merxhausen (Reg.-Bez. Kassel).
Priv.-Doz. Dr. **Hugo Schütz,** Privatanstalt Hartheck b. Gaschwitz-Leipzig.
Dr. **Otto Schütz,** Assist.-Arzt, Jena, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Schulten,** dir. Arzt d. Privatanstalt Marienhaus zu Waldbreitbach (Rheinpr.).
Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Theodor Schulz,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Klingenmünster (Rheinpfalz).
Obermed.-R. Dr. **Eugen Schulze,** Dir. d. Landesanstalt Untergöltzsch b. Rodewisch (Kgr. Sachsen).
Dr. **Oskar Schuster,** Arzt, Dresden, Bergstr. 52.
Dr. **Hans Schwabe,** Oberarzt, Plauen i. V., Stadtkrankenhaus.
San.-R. Dr. **Jos. Schweighofer,** Dir. d. Landesanstalt Salzburg.
Dr. **P. Seelig,** städt. Anstalt Herzberge zu Lichtenberg b. Berlin.
Dr. **Seifert,** Nervenarzt, Dresden, Christianstr. 8.
Prof. Dr. **Seiffer,** Oberarzt, Berlin NW., Charité, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Selle,** Dir. d. Prov.-Anstalt Neuruppin.
Dr. **Friedr. Sendtner,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Rich. Sinn,** Dir. d. Privatheilanst. Neubabelsberg.

Prof. Dr. **Sioli,** Dir. d. städt. Anstalt Frankfurt a. M.

Dr. **Franz Sklarek,** Oberarzt, städt. Anstalt Buch b. Berlin.

Dr. **Skaryński,** Posen.

San.-R. Dr. **Otto Snell,** Dir. d. Prov. Anstalt Lüneburg.

Dr. **Max Sommer,** 2. Arzt, Bendorf a. Rh., Dr. Erlenmeyersche Anstalten.

Prof. Dr. **Rob. Sommer,** Gießen, Psychiatr. Klinik.

Prof. Dr. **Specht,** Erlangen, Psychiatr. Klinik.

Priv.-Doz. Dr. **Walt. Spielmeyer,** Freiburg i. Br., Psychiatr. Klinik.

Dr. **Kurt Sprengel,** Anstaltsarzt, Landesanstalt Neuruppin.

Dr. **Friedr. Stahr,** Landesanstalt Königslutter (Braunschweig).

Dr. **Jos. Starlinger,** Dir. d. Landesanstalt Mauer-Öhling b. Wien.

Dr. **Stegmann,** Nervenarzt, Dresden-A., Struve-Straße 4.

Dr. **Ad. Steinhausen,** Generaloberarzt, Danzig.

Dr. **Herm. Stengel,** Arzt am Landesgefängnis Bruchsal (Baden).

Dr. **Rich. Stöckle,** Kreisanstalt Werneck (Unterfranken).

Dr. **Stövesandt,** Dir. d. Krankenanstalt Bremen.

San.-R. Dr. **Stoltenhoff,** Dir. d. Prov.-Anstalt Kortau b. Allenstein (O.-Pr.).

Priv.-Doz. Dr. **Wilh. Strohmayer,** Nervenarzt, Jena.

Dr. **Wojislav Subotitsch,** Primararzt d. Kgl. Irrenanstalt zu Belgrad (Serbien).

Dr. **Alfr. Tauscher,** Landesanstalt Hochweitzschen (Kgr. Sachsen).

Dr. **Tecklenburg,** Privatanstalt Tannenfeld b. Nöbdenitz S.-A.

Dr. **Tesdorpf,** München, Hildegardstr. 9.

Dr. **Teuscher,** Sanat. Loschwitz b. Dresden.

Dr. **E. Thoma,** Oberarzt, Landesanstalt Illenau b. Achern (Baden).

Prof. Dr. **Thomsen,** Dr. Hertzsche Anstalt, Bonn a. Rh., Kreuzbergweg 4.

Geh. Med.-R. Dr. **Tigges,** Düsseldorf, Kaiserstr. 53.

Dr. **Tippel,** dir. Arzt, Johannisberg zu Kaiserswerth a. Rh.

Dr. **Heinr. Többen,** Arzt an der Strafanstalt Münster (Westf.).

Dr. **Tomaschny,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. Rega.

San.-R. Dr. **Umpfenbach,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bonn a. Rh.

Dr. **Fritz Ungemach,** Oberarzt, Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Fritz Utz,** Assist.-Arzt, Kreisanstalt Ansbach.

Dr. **Veit,** Oberarzt, städt. Anstalt Wuhlgarten zu Biesdorf b. Berlin.

Dr. **Franz Viedenz,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Eberswalde.

Dr. **Vocke,** Dir. d. Kreisanstalt Eglfing b. München.

Dr. **Völker**, Dir. d. Prov.-Anstalt Langenhagen b. Hannover.
Priv.-Doz. Dr. **Heinr. Vogt**, Frankfurt a. M., Neues Senckenbergsches Institut.
Priv.-Doz. Dr. **Osk. Vogt**, Berlin W., Viktoriastr. 19.
Dr. **Vollheim**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Treptow a. R. (Pommern).
Priv.-Doz. **W. von Voß**, Oberarzt, Greifswald, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Wachsmuth**, Oberarzt, städt. Anstalt Frankfurt a. M., Feldstraße 38.
Dr. **Alb. Wagner**, Bad Langenschwalbach, Sanatorium Paulinenberg.
Dr. **Wahrendorff**, Privatanstalt Ilten b. Lehrte (Hannover).
Dr. **Waldschmidt**, Stadtrat, Nikolassee, v. Luckstr. 13.
San.-R. Dr. **Walter**, Dir. d. Privatanstalt Deutsch-Lissa b. Breslau.
Dr. **O. Walter**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Neustadt i. Holstein.
Dr. **Wanke**, Sanat. Friedrichsroda (Thüringen).
Dr. **Warda**, Blankenburg in Thüringen, Villa Emilia.
Priv.-Doz. Dr. **Wassermeyer**, Assist.-Arzt, Kiel, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Wattenberg**, Dir. d. staatl. Anstalt Lübeck.
Geh. R. Dr. **Guido Weber**, Dir. d. Landesanstalt Sonnenstein bei Pirna (Kgr. Sachsen).
Prof. Dr. **Wilh. Weber**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Göttingen.
Dr. **C. Wegener**, Prov.-Anstalt Niedermarsberg.
Dr. **Weichelt**, Dir. d. Anstalt St. Thomas, Andernach a. Rh.
Dr. **Wilh. Weidenmüller**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Nietleben bei Halle a. S.
Dr. **Carl Weiler**, Assist.-Arzt, München, Psychiatr. Klinik.
San.-R. Dr. **Julius Weiler**, Dir. d. Privatanstalt, Charlottenburg-Westend, Nußbaumallee 38.
Dr. **Weißenborn**, Assist.-Arzt, Prov.-Anstalt Schleswig.
Priv.-Doz. Dr. **Wendenburg**, Oberarzt, Lüneburg, Prov.-Anstalt.
San.-R. Dr. **Karl Werner**, Dir. d. Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Paul Werner**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Andernach a. Rh.
Prof. Dr. **A. Westphal**, Bonn a. Rh., Psychiatr. Klinik.
Dr. **Westrum**, Assist-Arzt, Prov.-Anstalt Warstein (Westf.).
Prof. Dr. **W. Weygandt**, Dir. der Staatsanstalt Friedrichsberg bei Hamburg.
Dr. **Wichmann**, Arzt, Pyrmont.
Dr. **Karl Wickel**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Obrawalde b. Meseritz (Posen).
Dr. **E. Wiehl**, Oberarzt, Landesanstalt Schussenried (Württ.).
Priv.-Doz. Dr. **Karl Wilmanns**, Heidelberg, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Paul Winckler**, Oberarzt, Prov.-Anstalt Owinsk (Posen).
Dr. **Fel. Winkler**, Oberarzt, Landesanstalt Sonnenstein b. Pirna (Kgr. Sachsen).

Dr. **Wörnlein,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Sorau N.-L.
Dr. **Otto Wolff,** Privatanstalt Katzenelnbogen (Nassau).
Dr. **Henry Wolfskehl,** Alsbach b. Darmstadt, Dr. Laudenheimers Sanatorium.
Prof. Dr. **Wollenberg,** Straßburg i. E., Psychiatr. Klinik.
Dr. **O. Woltaer,** Dir. d. Nervenheilanstalt Kleischer Wald b. Außig (Böhmen).
Med.-R. Dr. **Würschmidt,** Dir. d. Kreisanstalt Erlangen.
Dr. **Würth,** Oberarzt, Philippshospital zu Goddelau (Großh. Hessen).
Dr. **Würzburger,** Privatanstalt Herzogshöhe b. Bayreuth.
San.-R. Dr. **Zacher,** Baden-Baden, Sanat. Ebers.
Dr. **Theodor Zahn,** Nervenarzt, Stuttgart, Schloßstr. 40.
Geh. San.-R. Dr. **Zander,** Dir. d. Prov.-Anstalt Rybnik, O.-Schl.
Dr. **Ed. Zenker,** 2. Arzt, Privatanstalt Bergquell b. Stettin.
Geh. San.-R. Dr. **Wilh. Zenker,** Dir. d. Privatanstalt Bergquell bei Stettin.
Geh. Med.-R. Prof. Dr. **Ziehen,** Berlin W., Charité, Psychiatr. Klinik.
Dr. **Ziertmann,** Oberarzt, Prov.-Anstalt Bunzlau (Schlesien).
Dr. **R. Zimmermann,** Assist.-Arzt, Hamburg-Langenhorn, Staatsanstalt.
Dr. **Karl Zinn,** Dir. d. Prov.-Anstalt Eberswalde.

Die Mitglieder werden freundlichst gebeten, Änderungen ihrer Stellung, ihres Titels oder Aufenthaltsortes dem Schriftführer mitzuteilen.

Taf. I.

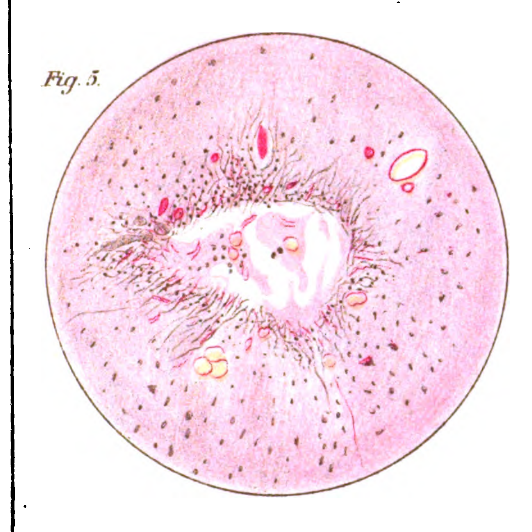


Fig. 5.

Fig. 6.

L. J. Thomas, lith. Inst, Berlin S. 53.



ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT

FÜR

PSYCHIATRIE

UND

PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

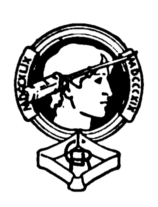
BONHOEFFER BRESLAU · CRAMER GÖTTINGEN · v. GRASHEY MÜNCHEN · KREUSER WINNENTAL · PELMAN BONN · SCHÜLE ILLENAU

DURCH

HANS LAEHR
SCHWEIZERHOF

FÜNFUNDSECHZIGSTER BAND

LITERATURHEFT



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1908

BERICHT

ÜBER DIE

PSYCHIATRISCHE LITERATUR

IM JAHRE 1907

REDIGIERT

VON

OTTO SNELL

DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT LÜNEBURG

LITERATURHEFT

ZUM 65. BANDE

DER ALLGEMEINEN ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE



BERLIN

W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8

DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER

1908



1. Psychologie und Psychophysik.

Ref. Arthur Wreschner-Zürich.

1. *Abels, H.*, Ist der „Nachschwindel“ im Endorgan oder nervös bedingt? Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. 1. Abt., Bd. 45, S. 85—91.
2. *Alechsieff, N.*, Die Grundformen der Gefühle. Psycholog. Stud. Bd. 3, S. 156—271.
3. *Alvord, E. A.*, and *Searle, H. E.*, A study in the comparison of time intervals. American Journal of Psychology. Vol. 18, S. 177—182.
4. *Angell, F.*, On judgments of „Like“ in discrimination experiments. Ebenda. S. 253—260.
5. *Angier, R. P.*, Über den Einfluß des Helligkeitskontrastes auf Farbenschwellen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 343—363.
6. *Arnold, F.*, The initial tendency in ideal revival. American Journal of Psychology. Vol. 18, S. 239—252.
7. *Ashmead, A. S.*, Psychological studies of mans moral evolution. Alienist and neurologist. Nr. 2.
8. *Baerwald, R.*, Die Methode der vereinigten Selbstwahrnehmung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 46, S. 174—198.
9. *Baird, J. W.*, Erwiderung zu einigen Bemerkungen von Professor A. Kirschmann. Archiv f. d. ges. Psychologie. Bd. 9, S. 86—90.
10. *Becher, E.*, Kritik der Widerlegung des Parallelismus auf Grund einer „naturwissenschaftlichen“ Analyse der Handlung durch Hans Driesch. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., S. 401—440.

11. *Becher, E.*, Das Gesetz von der Erhaltung der Energie und die Annahme einer Wechselwirkung zwischen Leib und Seele. Ebenda. Bd. 46, S. 81—122.

12. *Benussi, V.*, Experimentelles über Vorstellungsinadäquatheit. Ebda. Bd. 45, S. 188—230.

13. *Benussi, V.*, Zur experimentellen Analyse des Zeitvergleichs. 1. Zeitgröße und Betonungsgestalt. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 366—449.

14. *Bergström, J. A.*, Effect of changes in the time variables in memorizing, together with some discussion of the technique of memory experimentation. American Journal of Psychol. Vol. 18, S. 206—238.

15. *Berliner, B.*, Der Anstieg der reinen Farbenerregung im Sehorgan. Psycholog. Stud. Bd. 3, S. 91—155.

16. *Biske, F.*, Zum Verständnis des psychophysischen Gesetzes. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 193—195.

17. *Bode, R.*, Die Zeitschwelle für Stimmgabeltöne von mittlerer und leiser Intensität. Psychol. Stud. Bd. 2, S. 293—323.

18. *Boehm, M.*, Über physiologische Methoden zur Prüfung der Zusammensetzung gemischter Lichter. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 155—171.

19. *Boggs, L. P.*, Studies in absolute pitch. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 194—205.

20. *Bolger, E. M.*, and *Titchener, E. B.*, Some experiments on the associative power of smells. Ebenda. Vol. 18, S. 326—327.

21. *Boswell, F. P.*, Über den Einfluß des Sättigungsgrades auf die Schwellenwerte der Farben. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 364—366.

22. *Breuer, J.*, Bemerkungen zu Dr. H. Abels Abhandlung über Nachempfindungen im Gebiete des kinästhetischen und statischen Sinnes. Ebenda. I. Abt., Bd. 45, S. 78—84.

23. *Bühler, K.*, Tatsachen und Probleme zu einer Psychologie der Denkvorgänge. 1. Über Gedanken. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 297—365. (S. 11*, 12*, 17* und 18*.)

24. *Buttlar, W. v.*, Instinkt und Verstand der Tiere. Leipzig und Berlin. Hilgers Verlag. 76 S.

25. *Chamberlain*, *A. F.*, Analogy in the languages of primitive peoples. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 442—446.

26. *Cleveland*, *A. A.*, The Psychology of chess and of learning to play it. Ebenda. Vol. 18, S. 269—308.

27. *Coover*, *J. E.*, and *Angel*, *F.*, General practice effect of special exercice. Ebenda. Vol. 18, S. 328—340.

28. *Cox*, *W. H.*, Aprioristische en vrije Voorstellingen. Psychiatr. en Neurolog. Bladen No. 2, 32 S.

29. *Davis*, *H. B.*, The raccoon: A study in animal intelligence. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 447—489.

30. *Deneke*, *H.*, Das menschliche Erkennen. Leipzig. Verlag von Zeitler. 126 S.

31. *Dromard*, *G.*, Essai de classification des troubles de la mimique chez les aliénés. Journ. de Psychol. normale et pathologique. 1906. No. 1, 13 S.

32. *Dromard*, *G.*, Les troubles de la mimique volontaire chez les aliénés. Ebenda. 1906. No. 4, 29 S.

33. *Dromard*, *G.*, Les troubles de la mimique émotive chez les aliénés. Ebenda. 1907. No. 1, 23 S.

34. *Dromard*, *G.*, De la dissociation de la mimique chez les aliénés. Ebenda. 1907. No. 5, 22 S.

35. *Dürr*, *E.*, Die Lehre von der Aufmerksamkeit. Leipzig, Verlag von Quelle und Meyer. 192 S. (S. 20*—22*.)

36. *Dürr*, *E.*, Bericht über den vom 18.—21. April 1906 in Würzburg abgehaltenen Kongreß für experimentelle Psychologie. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. VIII, S. 225—240.

37. *Fechner*, *G. Th.*, Über die Seelenfrage. 2. Aufl., besorgt von E. Spranger. Mit einem Geleitwort von Fr. Paulsen. Hamburg und Leipzig. Verlag von L. Voß. 239 S.

38. *Feilchenfeld*, *H.*, Über das Wesen des Schmerzes. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 172—191.

39. *Freudenthal*, *J.*, Über die Entwicklung der Lehre vom psychophysischen Parallelismus bei Spinoza. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 74—85.

40. *Gard*, *W. L.*, A preliminary study of the Psychology of reasoning. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S

41. *Gebsattel*, *E. v.*, Bemerkungen zur Psychologie der Gefühlsirradiation. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 134—192.
42. *Geißler*, *L. R.*, Fluctuations of attention to cutaneous stimuli. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 309—321.
43. *Gowen*, *B. S.*, Some aspects of pestilences and other epidemics. Ebenda. Vol. 18, S. 1—60.
44. *Guttmann*, *A.*, Untersuchungen über Farbenschwäche. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 24—64 und 250—270.
45. *Guttmann*, *A.*, Ein Fall von Simulation einseitiger Farbensinnstörung. Ebenda. II. Abt., Bd. 41, S. 338—342.
46. *Hamann*, *R.*, Über die psychologischen Grundlagen des Bewegungsbegriffs. Ebenda. I. Abt., Bd. 45, S. 231—254 und 341—377.
47. *Herbertz*, *R.*, Überblick über die Geschichte und den gegenwärtigen Stand des psycho-physiologischen Problems der Augenbewegung. Ebenda. I. Abt., Bd. 46, S. 123—141.
48. *Herbertz*, *R.*, Die angeblich falsche Wissenstheorie der Psychologie. Ein Protest! Ebenda. I. Abt., Bd. 46, S. 275—287.
49. *Heymanns*, *H.*, und *Wiesmar*, *E.*, Beiträge zur speziellen Psychologie auf Grund einer Massenuntersuchung. Ebenda. I. Abt., Bd. 45, S. 1—42.
50. *Hielscher*, *H.*, Das psychologische Verhältnis zwischen der allgemeinen Bildungsstufe eines Volkes und der in ihm sich gestaltenden Weltanschauungen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 1—25.
51. *Hoeven*, *L. van der*, Über ein abweichendes Geruchssystem. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 210—223.
52. *Houston*, *H. E.*, and *Washburn*, *W. W.*, On the naming of colors. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 517—523.
53. *Jacobs*, *W.*, Über das Lesen mit äußerer Lokalisation. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 45, S. 161—187.
54. *Kästner*, *A.*, und *Wirth*, *W.*, Die Bestimmung der Aufmerksamkeitsverteilung innerhalb des Sehfeldes mit Hilfe von Reaktionsversuchen. Psycholog. Stud. Bd. 3, S. 361—392.

55. *Kann*, *A.*, Die Naturgeschichte der Moral und die Physik des Denkens. Der Idealismus eines Materialisten. Wien und Leipzig. (Braumüller.) 273 S.

56. *Katzenellenbogen*, *E. W.*, Die zentrale und periphere Sehschärfe des hell- und dunkeladaptierten Auges. Psychol. Stud. Bd. 3, S. 272—393.

57. *Kauffmann*, *M.*, Über eigentümliche Geruchsanomalien einiger chemischer Körper. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 271—280.

58. *Keller*, *H.*, Die Methode der mehrfachen Fälle im Gebiete der Schallempfindungen und ihre Beziehung zur Methode der Minimaländerungen. Psychol. Stud. Bd. 3, S. 49—89.

59. *Kern*, *B.*, Das Wesen des menschlichen Seelen- und Geisteslebens als Grundriß einer Philosophie des Denkens. 2. Aufl. (völlig neu bearbeitet). Berlin. Verlag von A. Hirschwald. 434 S.

60. *Kiesow*, *W.*, Über einige Berührungstäuschungen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 313—320.

61. *Klinke*, *L. W.*, The Psychology of humor. Amer. Journ. of Psychol., Vol. 18, S. 421—439.

62. *Klemm*, *O.*, Versuche mit dem Komplikationspendel nach der Methode der Selbsteinstellung. Psychol. Stud. Bd. 2, S. 324—357.

63. *Kohnstamm*, *O.*, Kunst als Ausdrucksfähigkeit. Biologische Voraussetzungen der Ästhetik. München. Verlag von E. Reinhardt. 93 S.

64. *Köllner*, *H.*, Unvollkommene Farbenblindheit bei Sehnervenerkrankung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 15—23.

65. *Köllner*, *H.*, Erworbene Violettblindheit (Tritanopie) und ihr Verhalten gegenüber spektralen Mischungsgleichungen (Rayleigh Gleichung). Ebenda. II. Abt., S. 281—296.

66. *Kramer*, *F.*, Über eine partielle Störung der optischen Tiefenwahrnehmung. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 22, S. 189—202.

67. *Kries*, *L. v.*, und *Schottelius*, *E.*, Beitrag zur Le[illegible] gedächtnis. Ztschr. f. Psychol. u. Physi[illegible] II. Abt., Bd. 42, S. 192—209.

68. *Kries, J.*, Über die zur Erregung des Sehorgans erforderlichen Energiemengen. Nach Beobachtungen von Herrn Dr. Eyster mitgeteilt. Ebenda. II. Abt., Bd. 41, S. 373—394.

69. *Krüger, F.*, und *Spearman, C.*, Die Korrelation zwischen verschiedenen geistigen Leistungsfähigkeiten. Ebenda. I. Abt., Bd. 44, S. 50—114.

70. *Kuhlmann, F.*, On the analysis of the memory consciousness for pictures of familiar objects. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 389—420.

71. *Lagerborg, R.*, Zur Abgrenzung des Gefühlsbegriffs. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 450—462.

72. *Lehmann, A.*, und *Pedersen, R. H.*, Das Wetter und unsere Arbeit. Ebenda. Bd. 10, S. 1—104.

73. *Levi, R.*, Zur Analyse der Empfindungen, insbesondere der Lustempfindungen. Ebenda. Bd. 10, S. 403—408.

74. *Levy, M.*, Studien über die experimentelle Beeinflussung des Vorstellungsverlaufs. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 45, S. 321—340.

75. *Linke, P.*, Die stroboskopischen Täuschungen und das Problem des Sehens von Bewegungen. Psychol. Stud. Bd. 3, S. 393—545.

76. *Linke, P.*, Bemerkungen zur Dürrschen Kritik meines Würzburger Vortrags. („Neue stroboskopische Versuche"). Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 468—470.

77. *Lipps, Th.*, Psychologie und Ästhetik. Ebenda. Bd. 9, S. 91—116.

78. *Loewenfeld, L.*, Somnambulismus und Spiritismus. Zweite, vermehrte Auflage. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 71 S.

79. *Lohmann, W.*, Über eine interessante subjektive Gesichtsempfindung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 41, S. 395—398.

80. *May, B.*, Ein Fall totaler Farbenblindheit. Ebenda. II. Abt., Bd. 42, S. 69—82.

81. *Martin, L. J.*, Zur Begründung und Anwendung der Suggestionsmethode in der Normalpsychologie. Vorläufige Mitteilung. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 321—402.

82. *Meisling, A. A.*, Über die chemisch-physikalischen Grundlagen

des Sehens. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 229—249.

83. *Messer, A.*, Experimentell-psychologische Untersuchungen über das Denken. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 8, S. 1—224. (S. 16* und 17*.)

84. *Messer, A.*, Bemerkungen zu meinen „Experimentell-psychologischen Untersuchungen über das Denken“. Ebenda. Bd. 10, S. 409—428.

85. *Messmer*, Über die Dunkeladaptation bei Hemeralopie. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 83—100.

86. *Meumann, E.*, Zur Frage der Sensibilität der inneren Organe. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 26—62.

87. *Meumann, E.*, Über Organempfindungsträume und eine merkwürdige Traumerinnerung. Ebenda. Bd. 9, S. 63—70.

88. *Meumann, E.*, Über Assoziationsexperimente mit Beeinflussung der Reproduktionszeit. Ebenda. Bd. 9, S. 117—150. (S. 14* und 15*.)

89. *Meyer, M.*, The significance of wave-form for our comprehension of audition. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 170—176.

90. *Mitchell, F. D.*, Mathematical prodigies. Ebenda. Vol. 18, S. 61—143.

91. *Mittenzwey, K.*, Über abstrahierende Apperzeption. Psychol. Stud. Bd. 2. S. 358—492.

92. *Müller-Freienfels, R.*, Zur Theorie der Gefühlstöne der Farbenempfindungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 46, S. 241—274.

93. *Müller, A.*, Die Referenzflächentheorie der Täuschung am Himmelsgewölbe und an den Gestirnen. Ebenda. I. Abt., Bd. 44, S. 186—200.

94. *Nagel, W. A.*, Fortgesetzte Untersuchungen zur Symptomatologie und Diagnostik der angebornen Störungen des Farbensinns (Schluß). Ebenda. II. Abt., Bd. 41, S. 319—337.

95. *Nagel, W. A.*, Versuche mit Eisenbahn-Signallichtern an Personen mit normalem und abnormem Farbensinn. 1. Mitteilung. Ebenda. II. Abt., Bd. 41, S. 455—473.

96. *Nagel, W. A.*, Zur Nomen[illegible] Farbensinnstörungen. Ebenda. II. Abt., Bd. 4[illegible]



97. *Nagel*, *W. A.*, Erwiderung an Herrn Sivén betreffs Santonineinwirkung im Auge. Ebenda. II. Abt., Bd. 42, S. 297—298.
98. *Pappenheim*, *M.*, Merkfähigkeit und Assoziationsversuch. Ebenda. I. Abt., Bd. 46, S. 161—173.
99. *Peters*, *W.*, Aufmerksamkeit und Reizschwelle. Versuche zur Messung der Aufmerksamkeitskonzentration. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 8, S. 385—432.
100. *Pfeifer*, *R. A.*, In Sachen der optischen Tiefenlokalisation von Doppelbildern. Psychol. Stud. Bd. 3, S. 299 u. 300.
101. *Pick*, *A.*, Zur Lehre vom Einfluß des Sprechens auf das Denken. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 44, S. 241—245.
102. *Picque*, *L.*, Psychothérapie et psychothérapeutique chirurgicale. Revue de Psychiatrie et de Psychologie experimentale. Tome 11, No. 10, 20 S.
103. *Pierce*, *A. H.*, Gustatory audition; a hitherto undescribed variety of synaesthesia. Amer. Journ. of Psychol., Vol. 18, S. 340—352.
104. *Reichardt*, *M.*, Über Sinnestäuschungen im Muskelsinn bei passiven Bewegungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 41, S. 430—454.
105. *Renauld*, *v.*, Über reflexive Sympathie, mit besonderer Berücksichtigung der Verpflichtungsfrage. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 264—310.
106. *Reuß*, *A. v.*, Über eine optische Täuschung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 101—108.
107. *Rohr*, *M. v.*, Über Einrichtungen zur subjektiven Demonstration der verschiedenen Fälle der durch das beidäugige Sehen vermittelten Raumanschauung. Ebenda. II. Abt., Bd. 41, S. 408—429.
108. *Rose*, *F.*, Johann Georg Sulzer als Ästhetiker und sein Verhältnis zu der ästhetischen Theorie und Kritik der Schweizer. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychologie und Ästhetik. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 197—263.
109. *Ruediger*, *W. C.*, The period of mental reconstruction. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 353—370.
110. *Samojloff*, *A.*, Ein Fall von ungewöhnlicher Verschiedenheit der

Mischungsgleichungen für beide Augen eines Beobachters. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt. Bd. 41, S. 367—372.

111. *Schorstein, J.*, Zur Deutung der Netzhautströme. Ebenda. II. Abt. Bd. 42, S. 124—129.

112. *Schultze, F. E. O.*, Einige Hauptgesichtspunkte der Beschreibung in der Elementarpsychologie. 1. Erscheinungen und Gedanken. 2. Wirkungsakzente sind anschauliche, unselbständige Bewußtseinsinhalte. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 8, S. 241—384.

113. *Severance, E.*, and *Washburn, M. F.*, The loss of associative power in words after long fixation. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 182—186.

114. *Sewall, E.*, Beitrag zur Lehre von der Ermüdung des Gehörorgans. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt., Bd. 42, S. 115—123.

115. *Simon, R.*, Berichtigung zu der Arbeit des Herrn Dr. May „Ein Fall totaler Farbenblindheit". Ebenda. II. Abt., Bd. 42. S. 154.

116. *Sivén, V. O.*, Einige Bemerkungen über die Wirkung von Santonin auf die Farbenempfindungen. Eine Antwort an Herrn Vaughan. Ebenda. II. Abt. Bd. 42, S. 224—228.

117. *Smith, M. K.*, On the reading and memorizing of meaningless syllables presented at irregular time intervals. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 504—513.

118. *Sollier, P.*, Essai critique et théorique sur l'association en Psychologie. Paris. Verl. v. Alcan. 188 S. (S. 14*.)

119. *Spearman, C.*, Demonstration of formulae for true measurement of correlation. Amer. Journ. of Psychol. Vol 18, S 161—169.

120. *Specht, W.*, Die Beeinflussung der Sinnesfunktion durch geringe Alkoholmengen. 1. Teil: Das Verhalten von Unterschiedsschwelle und Reizschwelle im Gebiete des Gehörssinnes. (Preisgekrönte Arbeit). Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 180—295. (S. 13* und 14*.)

121. *Sterneck, R. v.*, Die Referen[illegible]rie der scheinbaren Größe der Gestirne. [illegible] Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt., Bd. 4



122. *Stumpf*, *C.*, Über Gefühlsempfindungen. Ebenda. I. Abt. Bd. 44, S. 1—49. (S. 18*—20*.)
123. *Szily*, *A. v.*, Zum Studium des Bewegungsnachbildes. Ebenda. II. Abt., Bd. 42, S. 109—114.
124. *Tanner*, *A. E.*, Spinoza and modern Psychology. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 514—518.
125. *Tassy*, *E.*, Ideativer Erethismus. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 10, S. 105—133.
126. *Török*, *L.*, Über das Wesen der Juckempfindung. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt. Bd. 46, S. 23—35.
127. *Urban*, *F. M.*, On systematic errors in time estimation. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 187—193.
128. *Urstein*, *M.*, Ein Beitrag zur Psychologie der Aussage. Arch. f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 71—73.
129. *Valle*, *G. della*, Der Einfluß der Erwartungszeit auf die Reaktionsvorgänge. Psychol. Stud. Bd. 3, S. 294—297.
130. *Vaughan C. L.*, Einige Bemerkungen über die Wirkung von Santonin auf die Farbenempfindungen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. II. Abt. Bd. 41, S. 399—407.
131. *Vaughan*, *C. L.*, und *Boltunow*, *A.*, Über die Verteilung der Empfindlichkeit für farbige Lichter auf der helladaptierten Netzhaut. Ebenda. II. Abt., Bd. 42, S. 1—14.
132. *Vries*, *H. de*, Der Mechanismus des Denkens. Bonn, Verl. M. Hager. 64 S.
133. *Voss*, *G. v.*, Der Hypnotismus, sein Wesen, seine Handhabung und Bedeutung für den praktischen Arzt. Halle a. S. Verl. v. C. Marhold. 40 S.
134. *Warstatt*, *W.*, Der Bilderrahmen. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt. Bd. 45, S. 441—452.
135. *Watt*, *H. I.*, Über den Einfluß der Geschwindigkeit der Aufeinanderfolge von Reizen auf Wortreaktionen. Archiv f. d. ges. Psychol. Bd. 9, S. 151—179. (S. 15*.)
136. *Weiss*, *O.*, Die Registrierung der menschlichen Herztöne durch Seifenhäutchen. Ebenda. Bd. 9, S. 463—467.
137. *Whipple*, *G. M.*, A quick method for determining the index of correlation. Amer. Journ. of Psychol. Vol. 18, S. 322—325.
138. *Witasek*, *St.*, Über Lesen und Rezitieren in ihren Beziehungen

zum Gedächtnis. Ztschr. f. Psychol. u. Physiol. d. Sinnesorg. I. Abt. Bd. 44, S. 161—185 u. 246—282.

139. *Wreschner, A.*, Die Reproduktion und Assoziation von Vorstellungen. Eine experimentell-psychologische Untersuchung. Ebenda. 3. Ergänzungsband. I. Teil. 328 S. (S. 15* und 16*.)

140. *Wundt, W.*, Die Projektionsmethode und die geometrisch-optischen Täuschungen. Psychol. Stud. Bd. 2, S. 493 bis 498.

141. *Wundt, W.*, Über Ausfrageexperimente und über die Methoden zur Psychologie des Denkens. Ebenda. 3. Bd., S. 301—360. (S. 11*—13*.)

142. *Wundt, W.*, Die Anfänge der Gesellschaft. Eine völkerpsychologische Studie. Ebda. Bd. 3, S. 1—48.

Das früher viel behandelte Problem der psychologischen Methode ist in letzter Zeit stark in den Hintergrund getreten. Um so bemerkenswerter ist es, daß kein geringerer als *Wundt* in der unter Nr. 141 oben angeführten Schrift zu ihm wieder Stellung nimmt. Anlaß hierzu bieten ihm einige neuere Arbeiten aus dem psychologischen Laboratorium in Würzburg, welche die höheren psychischen Prozesse z. B. das Urteil *(Marbe)* oder das Denken *(Bühler)* vermittelst der Beantwortung einer vom Versuchsleiter gestellten Frage und Protokollierung der Selbstbeobachtung zu erforschen suchten. Jedes, insbesondere aber das psychologische Experiment, erfordert folgende 4 Grundregeln: Der Eintritt des zu beobachtenden Vorganges muß womöglich vom Beobachter bestimmt werden; letzterer muß mit gespannter Aufmerksamkeit den Vorgang verfolgen können; mehrmalige Wiederholbarkeit der Beobachtung zur Sicherung des Ergebnisses; Ermittlung der Bedingungen durch Variation der begleitenden Umstände und dann planmäßige Veränderung dieser Bedingungen. Oft sind diese 4 Regeln nur annäherungsweise zu verwirklichen; dagegen genügt keinesfalls die Zweiheit von Personen (Versuchsleiter und Versuchsperson) und die Einwirkung der einen auf die andere. Es gibt daher „vollkommene" Experimente, in denen alle 4 Regeln befolgt sind; „unvollkommene" Experimente, in denen nur einige dieser 4 Regeln berücksichtigt werden; „Scheinexperimente", bei denen alle 4 Regeln außer acht bleiben und nur die äußeren Umstände denen des Experiments gleichen. Vollkommene Experimente gehören der „Reizmethode" an und betreffen das Gebiet der Empfindungen und Vorstellungsbildung und damit des Aufmerksamkeits- und Bewußtseinsumfangs usw. Unvollkommene Experimente finden sich in jeder Wissenschaft und kommen in der Psychologie namentlich bei der Untersuchung der Reproduktion und Assoziation, des Gedächtnisses und der Gefühle zur Anwendung; hier handelt es sich um Versuche nach der „Reaktionsmethode", wobei jedoch die Reaktion sowohl eine willkürliche wie unwillkürliche sein kann, die Anwendung obiger 4 Grundregeln stets nur eine indirekte ist, insofern z. B. ein bestimmtes Gefühl nicht ein-

deutig an einen bestimmten objektiven Inhalt gebunden ist. Die „Ausfrageexperimente" sind aus den Reaktionsversuchen hervorgegangen, da bei ihnen die Frage den Reiz und die Antwort die Reaktion darstellt. Daß sie ohne Instrumente angestellt werden, ist noch kein Nachteil; im Gegenteil: Apparate bedingen zumeist Fehlerquellen. Dagegen ist bei ihnen keine der 4 Grundregeln verwirklicht: das Ereignis kommt der Versuchsperson unerwartet und ist obenein ein sehr kompliziertes, so daß die Selbstbeobachtung unbedingt versagen muß. Den Verlauf der Erscheinungen kann der Beobachter unmöglich aufmerksam verfolgen. „Das Äußerste des Unmöglichen, was wir einem Beobachter zumuten können, ist daher dies, daß wir von ihm verlangen, er soll über irgendein ihm vorgelegtes Problem mit angestrengter Aufmerksamkeit nachdenken, und diese Forderung noch dadurch unterstützen, daß wir, die Antwort erwartend, neben ihm stehen und ihn, mit der Uhr in der Hand, willkürlich oder unwillkürlich antreiben, sein Denken auf die äußerste Eile einzustellen, und wenn wir zu allem dem von ihm verlangen, er solle auf seine eigene Gedankentätigkeit aufmerken und das Beobachtete festhalten, um es nachträglich zu Protokoll zu geben." Eine Wiederholung ist ausgeschlossen, da dieselbe Frage nicht 2mal gestellt werden darf; ebenso ist eine planmäßige Variation der Bedingungen unmöglich. Es handelt sich also um Scheinexperimente, die obenein durch ihre unmittelbare willkürliche Selbstbeobachtung und die Anwesenheit dritter Personen sogar hinter den gewöhnlichen Selbstbeobachtungen zurückstehen; sie sind nur „Selbstbeobachtungen unter erschwerenden Bedingungen". Ebenso will *Wundt* nichts von dem nachträglichen Ausfragen wissen, da es nicht etwa der Flüchtigkeit der Erinnerung entgegenwirkt, sondern nur noch die Fehlerquelle der Suggestion hinzubringt. Auch kümmern sich die bisherigen Vertreter des Ausfrageexperiments nicht um die bereits experimentell behandelten Vorfragen ihrer Probleme. Darum ihr Ergebnis: der Gedanke sei ein Bewußtseinsinhalt sui generis, verschieden von allen sonst bekannten Bewußtseinserlebnissen. Dieses negative Resultat rührt wesentlich von der irrigen Annahme her, daß alles im Bewußtsein Vorhandene auch in der Selbstbeobachtung unmittelbar gegeben sein müsse. — Um nun das Denken zu erforschen, hält *Wundt* eine Vereinigung von individual- und völkerpsychologischer Betrachtung nötig. Beobachtet man sich bei bezw. nach der Produktion von Gedanken, dann erkennt man, daß der Gedanke seiner sprachlichen Formulierung als Ganzes in Form eines Gefühls vorausgeht, und daß bei einer irgendwie bedingten Hemmung einzelne Vorstellungs- oder Wortbestandteile sich plötzlich der Aufmerksamkeit aufdrängen und schnell wieder aus ihr schwinden. Ebenso zeigen Versuche über die Reproduktion und Assoziation, daß sich noch dunkle Vorstellungen in schon deutlichen Gefühlen ankündigen; aus tachistoskopischen Versuchen geht ferner die Divergenz von Aufmerksamkeits- und Bewußtseinsumfang hervor. Das Denken vollzieht sich demnach so, daß zunächst ein durch den logischen Zusammenhang bedingtes Totalgefühl der Gesamtvorstellung unter dem Zusammenwirken äußerer Eindrücke und latenter Dispositionen entsteht, dann die einzelnen dunkel bewußten Teile diskursiv klar bewußt werden; zuweilen treten durch sekundäre Assoziation noch neue Elemente bei dieser „Auswicklung" des Gedankens hinzu. Die Gesetze aber, nach denen sich der

Gedanke gliedert, die Beziehung seiner Produktion zu den hinzutretenden reproduktiven Elementen lassen sich nur unter Hinzuziehung der Sprache ermitteln, wobei jedoch letztere eine äußere Wirkung des Gedachten ist.

Einen großen Raum in der psychologischen Literatur nehmen immer noch die Arbeiten über die Empfindungen ein. Sie haben jetzt in Deutschland gewissermaßen ein eigenes Zentralblatt erhalten, seitdem die „Zeitschrift für Psychologie und Physiologie der Sinnesorgane" in 2 gesonderten Abteilungen erscheint, von denen die 1. als „Zeitschrift für Psychologie" durch *H. Ebbinghaus* besorgt wird und neben den rein psychologischen Arbeiten den gesamten Literaturbericht enthält, während die 2. als „Zeitschrift für Sinnesphysiologie" von *W. Nagel* redigiert wird. Wie schon aus obiger Zusammenstellung hervorgeht, werden in letzterer die Tatsachen des normalen wie abnormen Empfindens, der Sinnestäuschungen wie der Sinnesdefekte in zahlreichen Abhandlungen mitgeteilt. Auch das Gebiet der sogen. Psychophysik (die Eigenarten der Empfindlichkeit und der Unterschiedsempfindlichkeit) erfreuten sich im verflossenen Jahre wieder einer mannigfaltigen Bearbeitung. Nicht nur von theoretischer, sondern auch von praktischer Bedeutung sind hier die Untersuchungen von *W. Specht* (Nr. 120), welche die Beeinflussung der Sinnesfunktion durch geringe Alkoholmengen zu ihrem Gegenstande haben. Bestimmt wurde die Reizschwelle und Unterschiedsschwelle für die durch herunterfallende Kugeln erzeugten Schalle, wobei ein eigens konstruierter Fallphonometer zur Anwendung kam. Als Methode wurde benutzt die der Minimaländerungen und die der richtigen und falschen Fälle bezw. eine Kombination dieser beiden Methoden. Von den 4 Versuchspersonen enthielten sich 2 schon seit Jahren allen Alkoholgenusses, während die beiden anderen an einen mäßigen Alkoholkonsum gewohnt waren und nur während der Versuchszeit diesem völlig entsagten. Die zu den Versuchen verwendeten Alkoholmengen waren 10, 20 und 40 ccm. Das Intervall zwischen den beiden verglichenen Schallintensitäten betrug 1,25 Sek., jeder Tagesreihe gingen zur Ausschaltung des Einflusses der Gewöhnung einige Vorversuche voraus, auf den Zeitfehler wurde Rücksicht genommen. Es ergab sich, daß die Unterschiedsempfindlichkeit durch den Alkohol sich abschwächte, und zwar namentlich durch Zunahme der Gleich-Urteile. Auch der Übungsfortschritt erwies sich verringert, die Schwankungen im Urteil waren abnorm groß, endlich zeigte sich eine Tendenz zur Unterschätzung des 1. Vergleichsreizes. Die Empfindlichkeit war dagegen gesteigert; die subjektive Sicherheit, gemessen an den unsicheren Fällen, war hierbei vergrößert, und zwar, wie eingemischte Vexierversuche zeigten, durch Steigerung der Hörschärfe. Was den zeitlichen Verlauf anlangt, so trat in bezug auf die Empfindlichkeit wie Unterschiedsempfindlichkeit zwischen der 4. bis 8. Minute nach der Alkoholzuführung deren Wirkung hervor, erreichte um die 20. Minute herum ihr Maximum und schwand nach der 45. Minute. Hierbei ergab sich zwischen Reiz- und Unterschiedsschwelle ein vollkommener Parallelismus, nur natürlich nach entgegengesetzter Richtung: „Beginnt die Störung der Unterschiedsempfindlichkeit, so beginnt gleichzeitig die Steigerung der Reizempfindlichkeit, erreicht jene Störung ihren höchsten Grad, so erreicht diese ebenfalls

ihr Maximum, klingt jene Störung ab, so klingt auch die Steigerung der Reizempfindlichkeit ab.“ Der 1. objektiv stärkere Reiz wird ferner im höchsten Grade der Störung als schwächer, bei mittlerer Störung als gleich und erst beim Abklingen der Störung als stärker beurteilt. Unter der Alkoholwirkung erlebt man also dasselbe wie bei einer sukzessiven Reihe von gleich starken Eindrücken, die man ohne Absicht der Vergleichung und Beziehung auffaßt. Der Alkohol bewirkt eine Einengung des Bewußtseins, so daß eine Vereinigung der beiden zu vergleichenden Schallempfindungen zu einem Ganzen im Bewußtsein nicht mehr gelingt. Für diese Einengung des Bewußtseins spricht eine Reihe von Nebenbefunden. So hatten Nebengeräusche, z. B. durch die Handhabung des Apparates, keinen störenden Einfluß, oder sie wurden überhaupt nicht bemerkt. Ferner gaben die Versuchspersonen an, daß sie während des Alkoholeinflusses sich wie passive Zuschauer, ohne jedes Gefühl der Spannung und Tätigkeit verhielten. keinerlei sonstige Empfindungen, reproduktive Vorstellungen usw. im Bewußtsein hatten, dieses vielmehr nur durch die Schallempfindung ausgefüllt war. Es sind also nicht nur alle Beziehungen zu früheren Erlebnissen gelockert, so daß man nur in der Gegenwart mit ihren sinnlichen Eindrücken lebt, sondern unter den letzteren werden noch gewisse ausgeschaltet wie bei der willkürlichen Aufmerksamkeitskonzentration. Auch die Steigerung der Reizempfindlichkeit spricht für die Einengung des Bewußtseins, wozu allerdings noch eine zentrale Hyperästhesie kommt, eine Steigerung der sensorischen Erregbarkeit, so daß oft illusionäre Veränderungen der Sinneseindrücke usw. vorkommen. Die Alkoholmenge war nur von graduellem Einflusse, so daß, je geringer jene war, die Veränderung um so schwächer auftrat und um so schneller sich wieder ausglich. Bei den Versuchspersonen, die sich des Alkohols seit Jahren enthalten hatten, war die Wirkung nach der 2. Darreichung des Alkohols größer als nach der 1., und dann auch stärker als bei den anderen Versuchspersonen.

Von den höheren intellektuellen Prozessen wurden namentlich die Vorgänge der Reproduktion und Assoziation und des Gedächtnisses einer eingehenden Untersuchung unterworfen. Eine zusammenfassende kritische Darstellung der Assoziation gibt *Sollier* (Nr. 118). Zahlreicher sind die hier in Betracht kommenden experimentellen Abhandlungen vertreten. So weist *Meumann* (Nr. 88) darauf hin, daß die Reproduktionszeit bei sogen. Assoziationsversuchen wesentlich von der Art der Instruktion, welche der Versuchsperson erteilt wird abhängt. Verlangte er, „so schnell als möglich“ zu antworten, dann erfolgte die Reaktion viel schneller, als wenn die Anweisung gegeben war, „mit genauer Erfassung des Reizwortes und Vertiefung in den Inhalt desselben zu reagieren.“ Den einen Versuchspersonen gelang es leichter der 1., den anderen der 2. Instruktion nachzukommen; jene verhalten sich mehr passiv und liefern weniger wertvolle Reproduktionen als diese. Die Reizwörter waren Adjektiva, Substantiva und Zeitwörter, abstrakten wie konkreten Inhaltes. Auf eine Änderung der Instruktion einzugehen, fiel den Versuchspersonen verschieden schwer: diejenigen, denen die 1. Instruktion adäquat war und die von Hause schnell und relativ wertlos reagierten. verlängerten bei der 2. Anweisung die Reaktionszeit, ohne daß sich jedoch der Inhalt

der Reproduktion wesentlich änderte, am ehesten war letzteres noch bei abstrakten Reizwörtern der Fall. Dagegen gingen jene, deren Vorstellungsart die 2. Instruktion entsprach und die von Hause langsam reagierten, zuerst gar nicht auf die 1. Instruktion ein, und erst nach einiger Übung antworteten sie schnell und in inhaltlich weniger wertvoller Weise. Eine 3. Gruppe von Personen stand zwischen diesen beiden Extremen in der Mitte. Namentlich deutlich trat diese Divergenz in der Reproduktionsart hervor, wenn derselben Person dasselbe Reizwort nach einiger Zeit bei veränderter Instruktion geboten wurde, wobei übrigens die Veränderung der Instruktion die Erinnerung an die frühere Verwendung des nämlichen Reizwortes auslöschte. Auf Grund dieser Ergebnisse hält der Verfasser bei eingeengten Reproduktionen die 1. Instruktion für „geradezu schädlich“. — Den Einfluß der Geschwindigkeit, in der die Reizwörter geboten wurden, untersuchte *Watt* (Nr. 135). Zu diesem Zwecke spannte er Reihen von 20 bezw. 12 untereinander befindlichen Hauptwörtern, deren Buchstaben immer die gleiche Höhe hatten, auf die hinter dem Spalte eines kleinen Schirmes vorbeirotierende Trommel eines Kymographions und variierte die Geschwindigkeit: die Wörter einer Reihe umfaßten immer eine gleiche Anzahl von Buchstaben; als Versuchspersonen dienten 18 Herren, eine Dame und ein 12jähriger Knabe. Es ergab sich, daß die Anzahl der von einer Person ausgeführten Reaktionen proportional dem logarithmischen Zuwachs der Geschwindigkeit in der Aufeinanderfolge der Reizwörter abnimmt. Die absolute Leistungsfähigkeit variierte aber je nach der Person. Auch das Tempo, bei dem subjektiv die Arbeit noch angenehm empfunden wurde, wies entsprechende, nur geringere individuelle Differenzen auf; bei allen Versuchspersonen war aber dieses Tempo ein schnelleres als das, bei welchem noch alle Reizwörter beantwortet wurden. Die Anzahl der Lücken, wuchs mit der Geschwindigkeit, während die durchschnittliche Größe der Lücken bei der auch Ermüdung und besondere Hemmungen in Betracht kommen, sich ziemlich gleichblieb. Obgleich alle Reizwörter verschieden waren, wurden doch öfter dieselben Reaktionswörter gebraucht, und zwar in verschiedener Häufigkeit, je nach Person und grammatischer Kategorie (Adjektiva, Nomina und Verba). Die Entfernung zwischen einem Reaktionswort und seiner nächsten Wiederholung war am häufigsten eine Reihe, mit Zunahme der Entfernung nahm diese Häufigkeit zuerst sehr schnell, dann langsam ab; nach 6 Minuten wurde ein Reizwort am häufigsten wiederholt, nach 30 Minuten nur noch sehr selten. Die in der Reaktion am häufigsten gebrauchte grammatische Kategorie war bei den einen Versuchspersonen das Nomen, bei den anderen das Adjektivum, während Verba im allgemeinen selten angewandt wurden. Ein Zusammenhang zwischen der Geschwindigkeit in der Vorführung der Reizwörter und Geläufigkeit der Verbindung von Reiz- und Reaktionswort (gemessen an der Häufigkeit ihres Vorkommens bei mehreren Personen) ergab sich nicht, so daß die Zunahme der Vorführungsgeschwindigkeit die Reproduktion, „was den Anteil der Reproduktionstendenzen an diesen anlangt“, gar nicht beschleunigt. — Womöglichst die Gesamtheit der Bedingungen und Eigenheiten der Reproduktion und Assoziation von Vorstellungen zu ermitteln, ist das Ziel der Arbeit *Wreschners* (Nr. 139). Er stützt sich hierbei auf mehrere Tausende von Versuchen, die er an



15 akademisch Gebildeten (10 Herren und 5 Damen), 5 Ungebildeten (3 Arbeitern und 2 Arbeiterinnen mit Volksschulbildung) und an 2 vorschulpflichtigen Knaben anstellte. Die Reizwörter waren Adjektiva, Concreta, Abstracta und Verba (im Infinitiv), von denen jede Gruppe wieder je nach dem Inhalt in mehrere Unterabteilungen zerfiel; sie wurden den Versuchspersonen teils zugerufen (akustisches Verfahren), teils gezeigt (optisches Verfahren). Die Zeit vom Zuruf oder der Sichtbarmachung des Reizwortes bis zum Beginn der Aussprache der Antwort wurde bei den Kindern mit der Fünftelsekundenuhr, bei den Erwachsenen mit dem *Hipp*schen Chronoskop unter Hinzuziehung des *Cattell*'schen Schalltrichters und des Relais' gemessen. Die Angaben der Selbstbeobachtung wurden nach jedem Versuch genau protokolliert. Hierzu kamen noch mehrere Massenversuche ohne Zeitmessung und Selbstbeobachtung an Studenten und Studentinnen. Mitgeteilt werden in dem vorliegenden 1. Teil die Ergebnisse bei freier Reproduktion, und zwar so, daß in der 1. Abteilung die Angaben der Selbstbeobachtung ohne Einfluß bleiben („quantitative Analyse"), in der 2. letztere zur Unterlage der Betrachtung gemacht werden („qualitative Analyse"). In der 1. Abteilung ermittelt der Verfasser die Abhängigkeit der Reaktionszeit von Form und Inhalt des Reizwortes, von Alter, Geschlecht und Bildung, von der Länge des Reiz- und des Reaktionswortes, von der Übereinstimmung der letzteren in bezug auf das Vorstellungsgebiet („symmetrische" und asymmetrische" Assoziationen) und vom Grade der Übereinstimmung derselben Reaktion bei verschiedenen Personen. Auch die prozentualen Häufigkeitsverhältnisse der Übereinstimmung von Reiz- und Reaktionswort in bezug auf Silbenzahl und Vorstellungsgebiet, wie der Abhängigkeit der mehreren Personen gemeinsamen Reaktionen von Reizwort und Reagent werden bestimmt. In der 2. Abteilung werden zunächst die verschiedenen Arten der sinnlichen und inhaltlichen Auffassung des Reizwortes und die Eigenarten des Reaktionswortes mitgeteilt. Hieran schließt sich eine eingehende Betrachtung der „Nebenerscheinungen" in Form der Individualisierung, zentral erregten Empfindung und Gefühlsbetonung, soweit sie getrennt oder in Kombination miteinander angegeben wurden. Es folgt eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Formen der Reproduktion wie der Assoziation, zwischen welch letzteren beiden stets streng unterschieden wird. Schließlich werden die Wiederholungen (Perseverationen), sei es früherer Reiz- oder Reaktionswörter, wie auch früherer Assoziationen und die Einflüsse der Übung untersucht. Auch in dieser 2. Abteilung werden stets die Häufigkeits- und Zeitverhältnisse und die Abhängigkeiten von Reizwort und Reagent berücksichtigt. Eine Mitteilung der zahlreichen Ergebnisse würde den mir zu Gebote stehenden Raum weit übersteigen.

Auch in den Dienst der Analyse des Urteils und des Denkens versucht diese Experimente zu stellen *Messer* (Nr. 83). Seine 6 Versuchspersonen waren in der Selbstbeobachtung sehr geschult, und letztere bildet auch die wesentliche Unterlage der *Messer*schen Untersuchungen und Ergebnisse; aber auch eine Zeitmessung wurde vorgenommen, teils mit der Fünftelsekundenuhr, teils mit dem Chronoskop, Schalltrichter und Relais. Es wurden im ganzen 14 verschiedene Versuchsreihen angestellt: In der 1. handelte es sich um freie Reproduktionen auf

Hauptwörter abstrakten und konkreten Inhalts, in der 2. sollte ein koordinierter Gegenstand, der mit dem des Reizwortes zu e i n e m Ganzen gehört, in der 3. ein koordinierter Begriff genannt werden; in der 4. war ein beliebiges Adjektiv, in der 5. ein Merkmal des vom Reizwort bezeichneten Begriffs zu nennen, in der 6. eine Aussage über einen unter den Begriff des Reizwortes fallenden Gegenstand zu machen; in der 7. — 11. Reihe waren 2 Reizwörter untereinander gedruckt, damit in der 7. bezw. 8. Reihe das Verhältnis der von diesen beiden Wörtern bezeichneten Begriffe bezw. Gegenstände genannt werde; in der 9. waren die beiden Reizwörter 2 Namen bekannter Persönlichkeiten, die mit einander zu vergleichen waren, um so ein Werturteil mit dem Anspruch auf objektive Gültigkeit abzugeben; in der 10. Reihe bezeichneten die beiden Reizwörter auch Dinge, Zustände usw., die ebenfalls miteinander verglichen werden sollten, aber diesmal zwecks Abgabe eines subjektiven Werturteils; in der 11. Reihe stand ein Substantiv über oder unter einem Adjektiv, damit die Versuchsperson in ihnen eine Frage oder Behauptung erblickte, zu welcher sie in Form eines Urteils Stellung nehmen sollte; in der 12. Reihe wurden Frage- und Behauptungssätze, zumeist aus philosophischen Schriftstellern, vorgelegt, um den Inhalt zu verstehen und Stellung zu ihm zu nehmen; in der 13. und 14. Reihe endlich wurden Gegenstände oder Abbildungen dargeboten, damit die Versuchspersonen das zuerst daraufhin einfallende Wort angäben bezw. eine Aussage über sie machten. Die Ergebnisse werden mitgeteilt unter wortgetreuer Wiedergabe sehr zahlreicher Protokolle der Selbstbeobachtungsangaben und betreffen folgende Punkte: die Vorbereitung der Versuchspersonen; die Sicherheit und Vollständigkeit der Aussagen der Versuchspersonen und die ihnen zugrunde liegende Selbstbeobachtung; das Verhalten der einzelnen Versuchspersonen gegenüber den einzelnen Aufgaben; Ergebnisse der Zeitmessung; Gesichtsvorstellungen bei den Reaktionen; motorische Bestandteile der Reaktionserlebnisse; zur Lehre von der Reproduktion und Assoziation der Vorstellungen; das Verstehen der Worte und die Bewußtseinsrepräsentation der Bedeutungen; zur Psychologie des Urteils (allgemeine Merkmale des Urteilserlebnisses und psychologische Urteilsarten); begriffliches und gegenständliches Denken; Bewußtseinslagen; Bewußtseinszusammenhang und psychische Kausalität; zur Psychologie des Wollens (Aktivitätsbewußtsein, Suchen, Aufgabe), zur Psychologie der individuellen Differenzen. Leider verbietet wieder der enge Rahmen dieser Berichterstattung eine Wiedergabe der mannigfaltigen, sehr interessanten Ergebnisse dieser Arbeit, die allerdings nur zum Teil aus den angestellten Experimenten folgen. — Mit den Denkprozessen beschäftigt sich auch die Arbeit *Bühlers* (Nr. 23), bei der jedoch der experimentelle Charakter noch mehr zurücktritt (vgl. oben S. 11* und 12*). Handelt es sich hier doch nur noch darum, daß der Versuchsleiter eine ziemlich komplexe Frage vorlas, z. B. „Kann die physikalische Atomtheorie durch irgendwelche Entdeckungen jemals als unhaltbar erwiesen werden?" Diese Fragen hatten die Versuchspersonen — Professoren und Doktoren der Philosophie —, sobald sie sich entschieden und eine Begründungssicherheit gewonnen hatten, mit „Ja" oder „Nein" zu beantworten und nachher ihre Erlebnisse zu schildern; die Zeit vom 1. Worte der Fragen, die aber von sehr verschiedener Länge waren, bis zum „Ja" oder „Nein" wurde

mit der Fünftelsekundenuhr gemessen. Auch Aphorismen von Nietzsche, Marie Ebner-Eschenbach, Pauly und Otto Weiß, ebenso Stellen aus Paul Heyses Sprachbüchlein und Rückerts Weisheit des Brahmanen wurden mit dem Zusatz: „Verstehen sie?“ oder: „Ist es richtig?“ oder „Kennen sie den Gedanken?“ usw. benutzt. Der Inhalt des Vorgelesenen wurde möglichst dem Geschmacke der Versuchsperson angepaßt. Das Vorlesen erfolgte mit verständnismäßiger Betonung. Imganzen wurden auf diese Weise 352 Versuche ausgeführt. Aus ihnen folgert der Verfasser, daß es Gedanken gibt „ohne jede nachweisbare Spur einer Anschauungsgrundlage“ und diese die Bestandteile unserer Denkerlebnisse bilden. Als charakteristische Gedankenerlebnisse oder „Gedankentypen“ werden bezeichnet: 1. das „Regelbewußtsein“, z. B. der Gedanke, daß manche Philosophen nur durch eine gewisse Begriffsverschiebung zu ihren Sätzen kommen: 2. das „Beziehungsbewußtsein“, z. B. des Gegensatzes: 3. die „Intentionen“, in denen das Meinen nicht das Gemeinte im Vordergrunde steht. Vorstellungen, Empfindungen usw. können im Gedanken vertreten sein, aber sie haben keine wesentliche Bedeutung für das Denken. Vielmehr ist dieses ein „aktuelles Wissen um etwas“, welches die „Bewußtseinsmodifikationen, die in unseren unanschaulichen Wasbestimmtheiten des Meinens vorliegen“, funktionell bezeichnet. Dieses Wissen ist den Empfindungen, Vorstellungen usw. gegenüber eine neue Mannigfaltigkeit unserer Bewußtseinsmodifikationen, ein eigenartiges psychisches Element und liegt dem Bewußtsein der Bedeutung eines Wortes, den Allgemeinvorstellungen usw. zugrunde.

Unter den Arbeiten über das Gefühlsleben verdient besondere Beachtung die *Stumpf*s (Nr. 122). Unter „Gefühlsempfindungen“ versteht der Verfasser die sinnlichen Gefühle, d. h. also die an Empfindungen gebundenen Gefühle. Der Nachweis, daß diese eine bestimmte Art von Empfindungen sind und nichts zu tun haben mit den eigentlichen oder sog. höheren Gefühlen, ist der Zweck dieser Arbeit. Allerdings zeigen sie eine gewisse Verwandtschaft mit den Gemütsbewegungen und Affekten, aber nur die der Teile zum Ganzen, insofern auch in den letzteren, als komplexen Erscheinungen, organische Empfindungen vorkommen. Die Subjektivität ferner eignet keinesfalls bloß den Gefühlen, sondern auch den Empfindungen des Geruchs, Geschmacks usw., auch gibt es Empfindungen, z. B. die des Muskelsinnes, welche uns über den eignen Körper unterrichten; schließlich hat die ganze Unterscheidung von Subjekt und Objekt, Ich und Außenwelt nichts mit der Klassifikation der seelischen Elemente zu schaffen, sie setzt bereits ein Zusammenwirken vieler Erfahrungen voraus. Die Räumlichkeit endlich kommt auch anderen Empfindungen nicht zu und fehlt andererseits nicht den Gefühlsempfindungen, so lokalisieren wir z. B. einen Schmerz. Unterscheiden sich somit die sog. sinnlichen Gefühle von den eigentlichen Gefühlen, so sind sie doch mit ihnen aufs engste verflochten; daher die Bezeichnung „Gefühlsempfindungen“. Aber alles Emotionelle weggedacht, bleibt doch immer noch ein wohlausgebildeter Schmerz übrig. Denn dieser, wie die körperliche Lust, sind „in jener angeblichen nur zugrundeliegenden Sinnesempfindung schon durchaus komplett gegeben“. Diese Auffassung sucht der Verfasser im einzelnen zu erhärten: Für die Empfin-

dungsqualität des Schmerzes spricht die Existenz der Schmerzpunkte und das Auftreten verspäteter oder verlangsamter Schmerzempfindungen, z. B. bei Tabes. Das nämliche gilt von den Lustempfindungen (Kitzel-, Juck- und Wollustempfindung), bei denen ebenfalls Hautreize oder die vegetative Tätigkeit einzelner Organe, bezw. des ganzen Körpers, in Betracht kommen. Diese Schmerz- wie Lustempfindungen hinterlassen gleich allen Empfindungen Gedächtnisbilder oder „Gefühlssinnesvorstellungen", z. B. Schmerz-Halluzinationen. All dies trifft auch bei den sog. Gefühlsbetonungen der anderen Sinne zu. Handelt es sich hierbei um abnorm starke Reize, dann treten Schmerzempfindungen hinzu. Aber auch bei mäßigen Reizen ist die Annehmlichkeit und Unannehmlichkeit nur eine Mitempfindung, vielleicht zentraler Art, neben der peripher bedingten. Die Unmöglichkeit, die Empfindung von ihrem Gefühlston zu trennen, ist vielleicht anatomisch bedingt. Daß auch in der Vorstellung diese Trennung nicht gelingt, liegt zum Teil an dem geringen Grade des sinnlichen Gefühls bei mäßigen Reizen; sind letztere stark, dann ist die Trennung in der Tat möglich, wie die Gefühlsübertragungen z. B. von den Tönen auf die Noten zeigen, diese sind nur verkürzte Vorstellungsreproduktionen. Indes selbst wenn die Trennung unmöglich wäre, so könnte dies an zentral physiologischen Einrichtungen gelegen sein, zumal wenn man annimmt, daß sich die Art der Annehmlichkeit und Unannehmlichkeit je nach den beigemischten Empfindungen ändert. Auf Grund dieser Überlegungen und Tatsachen schließt der Verfasser: „Die sogenannten sinnlichen Gefühle oder Gefühlstöne der Empfindungen sind selbst Sinnesempfindungen. Sie gehören daher auch nicht zum zuständlichen Teile des Bewußtseins, sondern zum gegenständlichen, nicht zu den Funktionen, sondern zum Material, wenn anders man Farben, Töne, Gerüche zum Gegenständlichen und zum Material des Bewußtseins rechnet, und in demselben Sinne, in welchem man dieses tut." Nicht einmal eine Gegenüberstellung der Gefühlsempfindungen und der anderen Empfindungen läßt sich damit rechtfertigen, daß jenen Annehmlichkeit oder Unannehmlichkeit zukommt, diesen nicht. Eignet doch z. B. auch den Gehörsempfindungen die Hörbarkeit, während alle anderen Empfindungen „stumm" sind. Diese Auffassung empfiehlt sich auch durch eine Reihe von Vorteilen: Die Analgesie bezw. Hyperalgesie ist dann eine Anaesthesie bezw. Hyperaesthesie für eine bestimmte Klasse von Empfindungen; das gleiche gilt von dem Ausfall anderer Empfindungen bei erhaltenen Schmerzempfindungen. Auch die zeitlichen Inkongruenzen von Gefühl und Empfindungen, namentlich die verlangsamten Schmerzempfindungen haben nichts mehr Auffälliges. Ferner erklärt sich die Existenz indifferenter Empfindungen, da ja die Mitempfindung nicht ausnahmslos und allgemein den Empfindungen zukommen muß. Der Annahme unmerklicher Gefühlsempfindungen steht auch nichts im Wege. Die Abhängigkeit der Gefühlstöne von der Empfindungsqualität, die bei aller Regelmäßigkeit doch auch Ausnahmen zeigt, findet nunmehr ihre natürliche Erklärung. Endlich erfährt das Problem der individuellen und generellen Entwicklungsgeschichte der sinnlichen Gefühle und die damit zusammenhängende Verschiedenheit der letzteren bei gleichem Reize eine gewisse Klärung: Es handelt sich hierbei um Residuen von Gefühlsempfindungen, die ursprünglich

von Affekten begleitet waren, sich jetzt aber auch ohne die letzteren direkt auf die zugehörigen Sinnesempfindungen übertragen; jene Affekte müssen sich aber jetzt noch bei längerer Vertiefung in die Eindrücke rekonstruieren lassen. Neben diesen labileren Gefühlsempfindungen gibt es aber auch konstantere, die eine direkte Beziehung zu den Reizen haben. Vielleicht gelingt es dann auch, ein anderes als das unzulängliche teleologische Prinzip zur Erklärung der sinnlichen Annehmlichkeit und Unannehmlichkeit zu finden.

Von den Arbeiten über die allgemeinen Bedingungen des Seelenlebens, wie Aufmerksamkeit, Übung, Ermüdung usw. sei noch die *Dürrs* (Nr. 35) hervorgehoben. Nach ihr besteht das Wesen der Aufmerksamkeit in einer besonderen Höhe des Bewußtseinsgrades, so daß das aufmerksame Erlebnis sich durch Klarheit und Deutlichkeit, Eindringlichkeit und Lebhaftigkeit auszeichnet. Die in dem Gegenstande der Aufmerksamkeit gelegenen Bedingungen der Aufmerksamkeit sind: die Anzahl der Inhalte (Umfang der Aufmerksamkeit), die Vertrautheit und die Bedeutsamkeit; letztere besteht in einem Lustgefühl, in dem assoziativen Zusammenhange und in dem Grade der Perseverationstendenz. Mit dem Gegenstande der Aufmerksamkeit deckt sich nicht immer deren Motiv; Unannehmlichkeit z. B. ist ein starkes Beachtungsmotiv, ohne daß die Aufmerksamkeit hierbei in befriedigender Weise beschäftigt würde. Hiermit im Zusammenhange steht die Wanderung der Aufmerksamkeit von einem Bewußtseinsinhalte zu einem anderen. Begünstigt wird diese durch den assoziativen Zusammenhang, wobei maßgebend ist die Assoziationsstärke, welche mit dem Bewußtheitsgrade der Erlebnisse bei der Assoziationsstiftung, mit der Häufigkeit des Auftretens der assoziierten Inhalte, mit dem Wissen um deren Beziehung und mit der Eindeutigkeit des assoziativen Zusammenhangs wächst. Ferner wirkt günstig der hohe Bewußtseinsgrad des Motivs, das Fehlen konkurrierender Beachtungsmotive, der Übergang zu einem angenehmeren Gefühlszustande, so daß ein vollkommener Parallelismus zwischen der Wirksamkeit des Reproduktions- und Beachtungsmotivs besteht. Im Anschlusse hieran wird der Zusammenhang von Wille und Aufmerksamkeit erörtert; auf Grund eigener Versuche definiert der Verfasser die Willenshandlung als die „zentral bedingte, eine bestimmte Erwartung erfüllende Lebensäußerung"; nötig hierbei ist die Möglichkeit einer Wahl infolge konkurrierender Dispositionen, von denen bestimmte durch den Hinzutritt eines „Richtungsbewußtseins" und während einer „psychischen Stauung" zu erregender oder hemmender Wirksamkeit gelangen; daher die Vorstellung einer besonderen Beteiligung des Subjekts bei derartigen Vorgängen. Ein willkürliches Aufmerksamkeitserlebnis ist daher nur durch seine zentrale Bedingtheit und die Erfüllung einer mehr oder minder bestimmten Erwartung charakterisiert. — Gleichzeitig vorhandene Bewußtseinsinhalte begünstigen die Beachtung eines bestimmten, wenn sie mit ihm in assoziativem Zusammenhange stehen; sonst wirken sie störend, und zwar um so mehr, je stärker sie ihrerseits die Aufmerksamkeit fesseln. Unbeachtet gebliebene Nebenreize können sogar günstig auf die Beachtung des Hauptgegenstandes wirken, durch Erzeugung einer angenehmen Gesamtstimmung oder Verhütung des Abflusses psychischer Energie zu unangenehmen Spannungszu-

ständen oder leichte Befriedigung des normalen Funktionsbedürfnisses unserer Sinne. Die physiologischen Bedingungen, soweit ihnen nicht etwa Bewußtseinsinhalte korrespondieren, verändern schon Zahl und Art der Aufmerksamkeitsgegenstände und -motive, ob sie auch noch die Gesamtbewußtseinshöhe alterieren, ist theoretisch wie praktisch ohne Bedeutung. — Auch die Wirkungen der Aufmerksamkeit, als funktionell abhängige, nicht nachfolgende Erscheinungen, sind psychischer und physischer Art. Jene sind positiv als Steigerung der Empfindungsintensität wie des Beziehungsbewußtseins. Die Gefühle werden verstärkt, wenn sich die Aufmerksamkeit deren Inhalten zuwendet. Bei unwillkürlichen Reproduktionen erhöht sie die Assoziationsfestigkeit und Gedächtnistreue, auch steigert sich die Reproduktionstendenz des Motivs durch Beachtung des letzteren; bei der willkürlichen Reproduktion kommt das Richtungsbewußtsein hinzu, und die Aufmerksamkeit bewirkt Beachtung des anregenden Motivs, Erleichterung der Beziehungsetzung und Beseitigung der Störung für die Wechselwirkung zwischen diesen beiden. Eine Beschleunigung im Eintritt und Verlauf der Erscheinungen kann die Aufmerksamkeit nicht hervorrufen, da der höhere Bewußtseinsgrad eines Erlebnisses nicht vor diesem auftreten kann; es kann also eine Beschleunigung höchstens für einen anderen Inhalt als den jetzt aufmerksam erlebten in Betracht kommen. Negative psychische Wirkungen sind die Einengung des Bewußtseins, Abschwächung der Gefühle, denen sich die Aufmerksamkeit zuwendet, wie überhaupt von allen seelischen Erlebnissen die Aufmerksamkeit abgelenkt wird, wenn sie sich der Beobachtung zuwendet; diese muß daher nach dem Erlebnis einsetzen. — Die Ermüdungserscheinungen sind negative psychische Wirkungen nur dann, wenn es sich um eine Funktionsherabsetzung eines Organs handelt. Von dieser „unselbständigen" Ermüdung unterscheidet der Verfasser die „selbständige", in Form von Ausscheidung schädlicher Stoffe; sie gehört zu den physischen Wirkungen und kann bewußt werden oder unbewußt bleiben; sie wird von der willkürlichen Aufmerksamkeit mehr begünstigt als von der unwillkürlichen; bei willkürlicher Beachtung uninteressanter Gegenstände („konative Aufmerksamkeit") wird die Ermüdung dadurch gesteigert, daß die Aufmerksamkeit immer wieder durch nicht in dem Beachtungsgegenstande gelegene Motive erneuert werden muß, während bei interessanten Objekten die Ermüdung nicht so schnell und stark zum Bewußtsein gelangt, ohne daß sie aber zu fehlen braucht. Zwischen beiden Ermüdungsarten besteht wohl ein Zusammenhang, aber die unselbständige ist doch etwas anderes und tritt früher als die allgemeine auf; sie bewirkt die sog. Schwankungen der Aufmerksamkeit, bei welchen neben zentraler und peripherer Ermüdung auch die Rhythmik der Blut- und Atembewegung in Betracht kommt. Von physischen Wirkungen zentrifugaler Art werden genannt die Abflachung der Atmung bei willkürlicher Innehaltung einer bestimmten Aufmerksamkeitsrichtung, die Hyperämie des zugehörigen Teils in der Großhirnrinde wie in der Körperperipherie, die vielen Adaptationserscheinungen der Sinnesorgane; eine allgemeine Steigerung oder Verminderung des Muskeltonus ist nicht erwiesen, bei motorisch gerichteter Aufmerksamkeit sind natürlich die zugehörigen Muskeln besonders gespannt; immer handelt es sich bei den physischen Wirkungen um

Effekte, die auf das sie hervorrufende Erlebnis zweckmäßig zurückwirken. — Von den Theorien der Aufmerksamkeit akzeptiert der Verfasser die *Ebbinghaus*sche Bahnungstheorie, nur fügt er noch hinzu, daß jedes von zwei assoziierten und gleichzeitig funktionierenden Zentra mehr Erregungsenergie durch Abfluß verliert, als durch Zufluß gewinnt, da jeder isolierte Bewußtseinsinhalt einen höheren Bewußtseinsgrad besitzt als mehrere simultane, selbst wenn sie noch so fest miteinander assoziiert sind. — Den Schluß bildet eine Betrachtung der „Varietäten" der Aufmerksamkeit. Diese läßt sich einteilen nach ihrem Objekte, Motive oder nach ihren Wirkungen. Neue Aufmerksamkeitsdispositionen lassen sich nicht erwerben, ihre Verschiedenheiten sind bedingt durch solche in der totalen oder partialen Erregbarkeit des nervösen Zentrums, in der Beeinflußbarkeit simultaner oder unmittelbar nacheinander sich abspielender psychophysischer Prozesse. in der Bahnungsfähigkeit und Ermüdbarkeit des Nervensystems. — So oft seine Ausführungen Anlaß zu pädagogisch wichtigen Konsequenzen geben, zieht sie der Verfasser mit großem Geschick.

---

2. Gerichtliche Psychopathologie.

Ref. Ernst Schultze-Greifswald.

I. Allgemeine gerichtliche Psychiatrie.

1. *Beling*, *E.*, Nichtvereidigung geistig Gesunder mit Rücksicht auf ehemalige Geisteskrankheit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III. 10.
2. *Bücking*, Die Tätigkeit der medizinischen, im besonderen der psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht. Jurist.-psych. Grenzfr. V. Band, Heft 6. (S. 25*.)
3. *Dannemann*, Bericht über den internationalen Kurs der gerichtlichen Psychologie und Psychiatrie in Gießen vom 15. bis 20. April 1907. Sommers Klinik II, 4.
4. *Dannemann*, Psychiatrische Instruktionskurse für Polizeibeamte. Diese Zeitschrift S. 500.
5. *Dannemann*, Zur Stellungnahme des psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 22. (S. 25*.)
6. *Finckh*, Latente Geistesstörung bei Prozeßbeteiligten. Jur.-psych. Grenzfr. IV. 7 u. 8. (S. 27*.)
7. *Hegler*, Latente Geistesstörung der Prozeßbeteiligten. Jur.-psych. Grenzfr. IV. 7 u. 8. (S. 27*.)

8. *Hoche, A.*, Die Bedeutung der Sachverständigen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 9. (S. 26*.)
9. *Horstmann*, Vorsicht bei Abgabe von Attesten über geistige Gesundheit. Ärztl. Sachverst.-Ztg. Nr. 24. (S. 26*).
10. *Kreuser*, Die Zeugnisfähigkeit der Schwachsinnigen. V. f. gerichtl. Med. Suppl. S. 70. (S. 26*.)
11. *Mittermaier*, Die Tätigkeit der medizinischen, im besondern der psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht. Jur.-psych. Grenzfr. V. Band. Heft 6. (S. 25*.)
12. *Moll, Albert*, Der Hypnotismus. Vierte vermehrte Auflage. Berlin. Fischers med. Buchh. (S. 25*.)
13. *Moravcsik, Ernst Emil*, Über die Zeugnisfähigkeit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 7. (S. 26*.)
14. *Pfeiffer, Hermann*, Die Vorschule der gerichtlichen Medizin, dargestellt für Juristen. Leipzig. F. C. W. Vogel. M. 8,—. (S. 24*.)
15a. *Räuber, H.*, Zusammenstellung der gesetzlichen Bestimmungen, Erlasse und Verfügungen für das Medizinalwesen in Preußen. Leipzig. F. Leineweber. (S. 24*.)
15b. República Argentina. Informes médico-legales. Tom. I. Buenos-Aires. Tipografia de la Cárcel de Encausados. 1906. (S. 27*.)
15c. Revista Penitenciaria. Jahrg. I u. II. 1905—1906. Gleicher Verlag. (S. 27*.)
16. *Schmidtmann*, Handbuch der gerichtlichen Medizin. II. Band. Berlin. Aug. Hirschwald. (S. 24*.)
17. *Schultze, Ernst*, Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. Sechste Folge. Halle. C. Marhold.
18. *Sommer*, Die Tätigkeit des medizinischen, im besonderen des psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht. Jur.-psych. Grenzfr. V. Bd. Heft 6. (S. 25*.)
19. *Theobald*, Die Tätigkeit des medizinischen, im besonderen des psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht. Jur.-psych. Grenzfr. V. Bd. Heft 6. (S. 25*.)
20. *Weygandt, W.*, Über die Liquidationen bei psychiatrischen Begutachtungen, vorzugsweise in Bayern. Münch. med. Woch. Nr. 47. (S. 26*.)
21. *Wille, Oskar*, Der Wert und die Gefahren der Hypnose. Friedreichs Blätter V—VI. (S. 25*.)

Mit dem vorliegenden zweiten Bande ist die neue Auflage des bekannten *Casper-Liman*schen Handbuches der gerichtlichen Medizin (16) vollständig erschienen. Er behandelt die gewaltsamen Todesarten, den früher sogenannten thanatologischen Teil. Dieser interessiert uns Psychiater insofern, als hierbei die Frage des Selbstmordes oft erörtert werden muß. Natürlich wird die Bedeutung psychischer Anomalien bei der Besprechung des Selbstmordes gebührend hervorgehoben. Im Berliner Gerichtlich-medizinischen Institut fand man bei den Sektionen der Selbstmörder durch Erhängen vielfach Zeichen einer Gehirnerkrankung, oft auch des Alkoholismus; bei weiblichen Individuen oft Befunde an den Genitalien (Menstruation, Gravidität). Die Krämpfe nach Strangulation werden auf eine Einwirkung der Strangulation auf das Gehirn zurückgeführt; hysterische Erscheinungen werden als Komplikation aufgefaßt. Auch durch Ertrinken können derartige Störungen bei einem so empfindlich reagierenden Organ, wie es das Gehirn darstellt, ausgelöst werden. Sichere Todesfälle aus psychischen Insulten sind nicht beobachtet. Die Stellung des Sachverständigen dieser Frage gegenüber ist verschieden in der forensischen und Unfallpraxis; dort besteht die Möglichkeit eines sogenannten natürlichen plötzlichen Todes, hier ist die ausreichende Wahrscheinlichkeit zu erwägen. Selbsterdrosselung bei Geisteskranken wird erwähnt, ebenso ein Fall von Selbstmord durch Erwürgen. *Ungar*, der den Kindesmord ausführlich bespricht, benutzt die Gelegenheit, sich kurz und zutreffend über die Geistesverfassung der Kindesmörderinnen auszulassen.

Der naturwissenschaftlich-medizinische Unterricht vermittelt dem Juristen nicht nur das Verständnis für die Aufgaben, Leistungen und Ziele der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, sondern ist auch von einer prinzipiellen Bedeutung insofern, als das wissenschaftliche Denken und die Berufstätigkeit des Juristen von ihm beeinflußt wird. Daher hat sich *Pfeiffer* (14) die Aufgabe gestellt, dem Juristen eine leicht verständliche Darstellung der Anatomie und Physiologie zu geben und hat in der Wahl des Stoffes vor allem das Bedürfnis des Juristen berücksichtigt. *Pfeiffer* wird dieser Aufgabe in geschickter Weise gerecht. Die Vorlesung, die das Nervensystem behandelt, ist klar geschrieben; in ihr erörtert er besonders die reflektorischen, automatischen, reflektoiden und willkürlichen Bewegungen und weiß auch das Wesen der Seelenblindheit und Seelentaubheit sowie die Gehirnverletzungen so darzustellen, daß der Laie sich ein Bild machen kann. Eine eifrige Benutzung der Arbeit *Pfeiffers* wird dazu führen, die Mißverständnisse und die Kluft, die zwischen den Juristen und uns Ärzten bestehen, zu beseitigen.

Der Bestimmungen, Erlasse und Verfügungen auf dem Gebiete des Medizinalwesens gibt es so viele, daß man sich nicht wundern darf, wenn sie des öfteren zusammengestellt werden. Eine derartige, für die Praxis unentbehrliche Arbeit ist von *Räuber* (15a) geleistet; es kommt ihm vor allem darauf an, den Leser rasch zu orientieren und ihm ein schnelles Auffinden der betreffenden Quellen zu ermöglichen. Von besonderem Interesse für den Psychiater sind die Abschnitte über das Anstaltswesen und die Irrenfürsorge.

Molls (12) bekannte und treffliche Monographie über den Hypnotismus ist in neuer Auflage erschienen. Die gerichtsärztliche Bedeutung der Hypnose wird sehr eingehend und kritisch dargestellt. Er unterscheidet naturgemäß die straf- und die zivilrechtliche Bedeutung, weiterhin die Verbrechen an und von Hypnotisierten. Die Bemerkung, daß der Laie geneigt ist, ungewöhnliche Erscheinungen ohne weiteres durch das Schlagwort der Hypnose zu erklären, während Suggestion, insbesondere leidenschaftliche Liebe ausreicht, verdient alle Beachtung. Die kriminelle Gefahr der Hypnose wird im allgemeinen sehr überschätzt. Leider wird die, wenn auch nur indirekte Bedeutung der Hypnose für die Bewertung suggerierter Zeugenaussagen vielfach übersehen; hierbei bemerkt *Moll*, daß Experimente über die Entstehung von Erinnerungsfälschungen ohne Heranziehung der Hypnose schon vor *Stern* angestellt worden sind. Gerade in der Erkennung der Suggestion und des Aberglaubens liegt vielleicht der größte forensische Wert der Lehre vom Hypnotismus. Die Verwertung der Hypnose zur Erlangung von Aussagen, die der Zeuge oder Angeklagte im wachen Zustande nicht geben würde, ist unzulässig und aussichtslos; der Hypnotisierte verleugnet auch in der Hypnose nicht seine Individualität, und eventuelle Aussagen wären nur mit äußerster Vorsicht zu verwerten. Wo Hypnose gerichtlich in Betracht kommt, muß man immer an deren Simulation oder an absichtlich falsche Beschuldigung denken.

Wille (21) bespricht ausführlich den Wert der Hypnose und die forensische Gefahr, die auch nach ihm sehr gering ist. Öffentliche hypnotische Vorführungen und Verwendung der Hypnose durch Kurpfuscher sind aber möglichst zu unterdrücken.

Die Hessische Vereinigung für gerichtliche Psychiatrie (2, 11, 18, 19) behandelt in anregender Form durch Juristen wie Mediziner die Stellung des Arztes, insbesondere des psychiatrischen Sachverständigen, vor Gericht. Dabei wird besonders auf die Praxis Bezug genommen; erörtert doch der Oberstaatsanwalt *Theobald* (19) die Frage, welcher Platz dem Sachverständigen in der gerichtlichen Verhandlung eingeräumt werden soll. *Mittermaier* (11) sieht in dem Sachverständigen den Lehrer des Richters, der jenem vertrauen soll. *Theobald* erörtert, ob, wann, von wem und wie viele Sachverständige geladen werden sollen und welche Pflichten diesen obliegen. Während *Sommer* (18) sich ausführlich über das Gutachten, dessen Vorbereitung, Fassung und Bewertung ausläßt, bespricht *Bücking* (2) die Rolle des sachverständigen Zeugen. Von den verschiedenen Seiten wird eine möglichst frühzeitige Ladung des Sachverständigen und bessere psychiatrische Ausbildung des Juristen gefordert.

Dannemann (5) gibt eine Reihe von trefflichen, zum Teil aber fast zu vorsichtig gehaltenen Ratschlägen für den psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht, deren Befolgung ihm manchen Ärger ersparen wird. Der Sachverständige sollte niemals gutachtliche Äußerungen an Private abgeben, vor allem nicht solche über einen Geisteszustand. Diese Vorsicht ist besonders erforderlich bei den zur Beobachtung eingewiesenen Kranken, nicht nur im Verkehr mit dessen Angehörigen, sondern auch mit dem Verteidiger. Der Sachverständige

hat sich zur Schuldfrage nicht zu äußern und sollte es grundsätzlich vermeiden, sich über die Geistesverfassung von unbekannten Tätern auszulassen.

Oberstaatsanwalt *Peterson* hat in der Deutschen Juristen-Zeitung einen scharfen Angriff gegen den psychiatrischen Sachverständigen vor Gericht erhoben. *Leppmann* sowohl wie *Hoche* (8) weisen ihn energisch zurück. *Hoche* weist darauf hin, daß die Vorwürfe *Petersons* in direktem Widerspruch zu den Tatsachen und zu den wissenschaftlichen Ausführungen der gerichtlichen Psychiatrie stehen. Diese Vorwürfe verkennen den Kernpunkt der Frage und lassen eine Unbelehrbarkeit auch dieses juristischen Autors vermuten. Die Monatsschrift für Kriminalpsychologie wird zwar auch vielfach von Juristen gelesen; immerhin hätte Referent es lieber gesehen, wenn die Angriffe *Petersons* in einer rein juristischen Zeitschrift von ärztlicher Seite zurückgewiesen würden, und darum verspreche ich mir auch von den Ausführungen *Leppmanns* in der ärztlichen Sachverst.-Ztg. nicht viel Erfolg. Aber die Gelegenheit, den Angriff *Petersons* an derselben Stelle, wo er erfolgt ist, zurückzuweisen, wird uns verschlossen. *Lobedank* wenigstens erhielt seinen Gegenartikel von der Redaktion der Deutschen Juristen-Zeitung zurückgesandt mit einem Schreiben, das in der Psychiatrischen Wochenschrift wörtlich abgedruckt ist und das Bände redet. Auch die Redaktion der Deutschen Juristen-Zeitung erscheint unbelehrbar.

Ein wegen ausgesprochener Dementia paranoides entmündigter Kollege erhielt nach der Mitteilung *Horstmanns* (9) 5 Tage nach seiner Entweichung aus einer Irrenanstalt von 2 Ärzten die Bescheinigung, daß er gesund sei und seine Praxis wieder aufnehmen könne. Eine bedauerliche Leichtfertigkeit und Unvorsichtigkeit!

Weygandt (20) weist nachdrücklich auf die unwürdige Bezahlung psychiatrischer Gutachten, besonders in Bayern und Preußen, vielfach unter Bezugnahme auf eigene trübe Erfahrungen hin. Geradezu kleinlich ist die absolut ungenügende Bezahlung der Kopialien in Preußen, die den Sachverständigen zwingt, aus eigener Tasche Geld zuzulegen, also dem Gericht zu schenken. Der neue Entwurf in Preußen droht fast noch schlimmer zu werden. Auf *Weygandt* Vorschlag wurde eine Kommission des Bayr. Psychiatervereins gegründet, die mit dem Medizinal-Beamtenverein sich an die einschlägigen Ministerien wenden soll. (Siehe diese Zeitschrift S. 678).

Die unmittelbare Anführung des Schwachsinns neben der unvollständigen Reife des Lebensalters (§ 56 StPO.) ist nach *Kreuser* (10) nicht unbedenklich. Nur bei Wiedergabe einfacher sinnlicher Wahrnehmungen darf eine Zuverlässigkeit bei dem Zeugnis Schwachsinniger erwartet werden; kommt eine weitere geistige Leistung hinzu, so ist äußerste Vorsicht geboten.

Moravcsik (13) gibt eine klare Übersicht über viele Fragen der Zeugnisfähigkeit gesunder und geisteskranker Personen. Er untersucht genauer die Hauptbedingungen einer guten Zeugnisfähigkeit, bei der richtiges Auffassungsvermögen und ungetrübte Erinnerungsfähigkeit unterschieden werden. Der Autor berücksichtigt die erschienene Literatur und berichtet auch über eigene Versuche, bei deren Anordnung er den Forderungen der Wirklichkeit möglichst nahezu-

kommen versuchte. Kinder unter 12 Jahren sollten zum Zeugenverhör nicht zugelassen werden. Mit *Aschaffenburg* verwirft er die Beeidigung Geisteskranker. Das Verhör sollte möglichst früh stattfinden.

Das bisher wenig behandelte Thema einer unerkannten Geistesstörung bei einem der Prozeßbeteiligten, ihrer Wirkung und deren Beseitigung wird von *Finckh* (6) und *Hegler* (7) behandelt. *Finckh* erörtert die psychiatrische Seite, *Hegler* die rein juristische Seite, indem er nacheinander die Richter, die Parteien und Parteivertreter sowie Zeugen und Sachverständige von diesem Gesichtspunkte aus berücksichtigt.

Mit dem ersten Band der „Informes Médico-légales" (15 b) begann die vollständige Publikation der Berichte der neuen Studienbehörde für gerichtliche Medizin am hauptstädtischen Untersuchungsgefängnisse; diese Behörde verdankt ihre Entstehung der Initiative des Justizministers Dr. Joaquin V. González (Dekret vom 20. Mai 1905). In einem vom 20. Oktober 1906 datierten Vorwort wird ausgeführt, welch großen Fortschritt diese neue Einrichtung bedeute. Die gerichtlich-medizinische Untersuchung erstreckt sich nämlich von nun an auf sämtliche Untersuchungsgefangene, während sie vorher nur bei Untersuchungsgefangenen unter 18 Jahren obligatorisch gewesen war. Kein Untersuchungsgefangener wird mehr verurteilt ohne vorhergegangenes ärztliches Gutachten. Die Kommission ist durchaus unparteiisch, da die Sachverständigen nicht mehr wie früher von den Interessenten benannt werden.

Das Vorwort schließt mit dem Zitat einer Äußerung, die *Pactet* und *Colin* über französische Zustände gemacht: „Das einzige tatsächlich wirksame Mittel, um all den Unvollkommenheiten der gegenwärtigen Rechtsprechung ein Ende zu machen, ist die ärztliche Visite bei den Untersuchungsgefangenen, d. h. die ärztliche Untersuchung muß die erste Etappe des ganzen Untersuchungsverfahrens sein. Diese Ansicht, die heute vielleicht als Utopie erscheint, wird in künftigen Tagen zweifellos zu den Gemeinplätzen gehören."

Es folgen dann die Dokumente über die Gründung und die Organisation der gerichtlich-medizinischen Behörde des Untersuchungsgefängnisses; dieselbe ist unter dem Vorsitz des Gefängnisdirektors zusammengesetzt aus Ärzten der staatlichen Irrenanstalt, den Gefängnisärzten und ev. den jeweils vom Richter noch als Sachverständige hinzuberufenen Ärzten. Jedes Gutachten ist mindestens von zwei Ärzten unterzeichnet. Der größte Wert wird auf das anamnestische Material gelegt, und ein eigener Fragebogen enthält die Punkte, die von den Eltern, der Schulbehörde, der Distriktspolizei usw. zu beantworten sind. Die Gutachten selbst zeichnen sich durch große Exaktheit aus; sie zerfallen in ganz bestimmte Abschnitte (Vorgeschichte der Familie, der weiteren Verwandten, persönliche Vorgeschichte, körperlicher Befund mit ausführlichen anthropo- und kraniometrischen Tabellen, psychischer Befund, Schlußfolgerungen); jedem Gutachten ist das richterliche Urteil angefügt.

Alle Gutachten und sonstigen Be[illegible] in den „Informes" und der „Revista Penitencia[illegible] die eigent-



liche gerichtspsychiatrische Zeitschrift Argentiniens alle drei Monate erscheinen soll; bis jetzt liegen drei stattliche Bände vor. Neben den Gutachten, die den Hauptplatz einnehmen, finden sich Referate, Kongreßberichte und eine Reihe von Aufsätzen über Reform des Strafrechtes, über Verbrecherkolonien, über die Unterbringung jugendlicher Verbrecher usw., die mehr lokales Interesse haben.

(*Probst*-Eglfing.)

II. Strafrechtliche Psychiatrie.

1. *Albrecht*, Die arteriosklerotische Geistesstörung und ihre strafrechtlichen Beziehungen. Viertelj. f. gerichtl. Med. XXXIII. 1. S. 83. (S. 35*.)
2. *Aschaffenburg*, *G.*, Die Begründung freisprechender Urteile. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 8. (S. 32*.)
3. *Aschaffenburg*, Geisteskranke vor den Geschworenengerichten. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 4. (S. 32*.)
4. *Aschaffenburg*, *Gustav*, Alkohol und Zurechnungsfähigkeit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 7. (S. 36*.)
5. *Aull*, *M.*, Die Rückkehr zur Kindheit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 5. (S. 33*.)
6. *Antheaume*, *A.*, et *Mignot*, *Roger*, La période médico-légale prodromique de la démence précoce. L'Encéphale No. 2. Février. (S. 34*.)
7. *Bauer*, *Rich.*, Versuchter Meuchelmord eines Fünfzehnjährigen. H. Groß' Arch. 28. 3 u. 4.
8. *Benon*, Alcoolisme et criminalité. Annales d'hygiène publique et de méd. légale. Juin. (S. 36*.)
9. *Bresler*, Die pathologische Anschuldigung. Beitrag zur Reform des § 164 StGB. und des § 56 StPO. Jur.-psych. Grenzfr. V. 8. (S. 31*.)
10. *Cramer*, Die Grenzzustände und ihre forensische Bedeutung. Ztschr. f. Med.-Beamte. Vers.-Beil. Nr. II. S. 21.
11. *Cullerre*, *A.*, Une hystérique incendiaire pendant l'état somnambulique. Archives de Neurol. Août.
12. *Delbrück*, *A.*, Über die forensische Bedeutung der Dementia praecox. Beilage zur Ztschr. f. Med.-Beamte. (VI. Hauptvers. des Deutsch. Med.-Beamten-Vereins.) (S. 34*.)
13. *Forel*, *A.*, Verbrechen und konstitutionelle Seelenabnormitäten. München. Ernst Reinhardt. (S. 33*.)

14. *Gaupp, R.*, Zur Lehre vom psychopathischen Aberglauben. H.Groß' Archiv 28. 1 u. 2. (S. 34*.)
15. *Gaupp*, Aberglauben und Verbrechen. Münch. med. Woch. Nr. 9, S. 443. (S. 34*.)
16. *Gleispach*, Dr. *W. Graf*, Über Kindesmord. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4. (S. 33*.)
17. *Glos, Ant.*, Simulation von Paralysis progressiva. H. Groß' Arch. 28, 3 u. 4.
18. *Gudden, C.*, Über eine gewisse Form von Erinnerungslücken und deren Ersatz bei epileptischen Dämmerzuständen. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4. (S. 34*.)
19. *Gudden, H.*, Die Zurechnungsfähigkeit bei Warenhausdiebstählen. V. f. gerichtl. Med. Suppl. S. 64. (S. 32*.)
20. *Hampe, Jul.*, Über den Schwachsinn. Friedr. Vieweg Sohn. Braunschweig. (S. 34*.)
21. *Hoppe, Hugo*, Der Alkohol im gegenwärtigen und zukünftigen Strafrecht. Jur.-psych. Grenzfr. Bd. V, Heft 4 u. 5. (S. 35*.)
22. *Huber*, Versuchter Meuchelmord eines Epileptikers. H. Groß' Arch. 28, 1 u. 2.
23. *Ilberg, Georg*, Morphinismus und Urkundenfälschung. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV. 7. (S. 36*.)
24. *Jolly, Ph.*, Gutachten über einen Fall von Querulantenwahnsinn. Friedreichs Blätter VI.
25. *Juliusburger*, Zur Behandlung der forensischen Alkoholisten. Ein Beitrag zur Kritik des § 51 StGB. S. 394. (S. 36*.)
26. *Juliusburger, Otto*, Zur Hygiene der alkoholistischen Verbrechen. Mediz. Klinik. Nr. 43.
27. *Juquelier, P.*, Spiritisme et pathologie mentale. Le médecin praticien No. 29. 16. juillet.
28. *Kielhorn*, Die geistige Minderwertigkeit vor Gericht. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 3, S. 165. (S. 33*.)
29. *Knecht, A.*, Der Fall Tessnow. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 11 u. 12.
30. *Köppen, M.*, Über die Entlarvung von Simulation bei Geisteskranken. Deutsche med. Woch. Nr. [illegible] 36*.)
31. *Kornfeld*, Ein Fall von Querulanten[illegible]chv.-Ztg. Nr. 17.

32. *Kreuser*, *H.*, Geisteskrankheit und Verbrechen. Wiesbaden. J. F. Bergmann. (S. 31*.)

33. *Kürbitz*, *Walther*, Alkohol und Selbstmord. Nebst einigen Bemerkungen über die Zurechnungsfähigkeit der Trinker. Diese Ztschr. S. 579.

34. *Laquer*, *Leopold*, Der Warenhausdiebstahl. Hoches Sammlung VII, 5. Halle. C. Marhold. (S. 33*.)

35. *Leppmann*, *A.*, Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13. (S. 34*.)

36. *Leppmann*, *F.*, Die Psychiatrie vor den Geschworenen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 1, S. 26. (S. 32*.)

37. *Margulies*, *Alexander*, Suggestibilität im postepileptischen Zustande. H. Groß' Arch. 28, 1 u. 2. (S. 34*.)

38. *Moerchen*, Sachverständigengutachten und Gerichtsurteile. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 2. (S. 32*.)

39. *Moravcsik*, *Ernst Emil*, Gegen Menschenleben wiederholt begangene Verbrechen eines Paranoikers. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 1. (S. 34*.)

40. *Oppler*, Die Teilnahme bei Unzurechnungsfähigkeit des Täters. Der Gerichtssaal. LXX, Heft 5 u. 6. (S. 32*.)

41. *Pollak*, *Max*, Ein Fall gewohnheitsmäßiger Majestätsbeleidigung. H. Groß' Arch. 28, 3 u. 4. (S. 33*.)

42. *Raecke*, Zur forensischen Bedeutung der multiplen Sklerose. Viertelj. f. gerichtl. Med. Juli. XXXIV, 1, S. 98. (S. 35*.)

43. *Roth* und *Meyer*, Der Fall S. Ergänzung zu Dr. *Hampes* Beitrag zur Psychologie der Aussage. Sommers Klinik II, 3.

44. *Schenk*, Die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Betrunkenen. Arch. f. Strafrecht u. Strafprozeß. 54. Jahrg. Heft 5. (S. 36*.)

45. *Schott*-Weinsberg, Dämmerzustände und ihre gerichtsärztliche Bewertung. Ztschr. f. Med.-Beamte. Vers.-Bericht Nr. VI. S. 110.

46. *Séglas*, *J.*, et *Barbe*, *André*, Un aliéné réticent. L'Encéphale No. 6. juin.

47. *Seiffer*, *W.*, Beitrag zur forensischen Psychiatrie. Charité-Annalen Bd. XXXI.

48. Simulation. Gesammelte Aufsätze von *Schmeichler*, *Hammerschlag* usw. Wien. Moritz Perles. 5 Kr.

49. *Wachsmuth, Hans*, Schußverletzung des Gehirns (Selbstmordversuch?) mit retrograder Amnesie und unrichtiger Ergänzung der Erinnerungslücken (Beschuldigung eines andern). Viertelj. f. gerichtl. Med. XXXIV, 2.

50. *Wachmuth*, Zur forensischen Bedeutung der Dementia praecox. 32 jähriger Tagelöhner. Mord und Selbstmord in katatonischem Dämmerzustand. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 9.

51. *Wagner v. Jauregg*, Zum Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen im österreichischen Strafgesetzentwurf. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 8. (S. 31*.)

52. *Wagner v. Jauregg*, Gutachten der Wiener medizinischen Fakultät. Wien. klin. Woch. XX, 28. (S. 36*.)

Kreuser (32) gibt an der Hand seiner eigenen Erfahrungen (182 Beobachtungsfälle in 26 Jahren) eine populäre Darstellung der zahlreichen Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Verbrechen; vor allem schildert er die einzelnen klinischen Formen der Psychosen und ihre kriminelle Bedeutung.

Wagner (51) erstattete auf dem Österreichischen Irrenärztetag (Juli 1907) ein Referat über den Unzurechnungsfähigkeitsparagraphen im Österreichischen Strafgesetzbuch. Die Kompetenz des Sachverständigen ist scharf zu trennen von der des Richters; diese Abgrenzung ist auch im Gesetze zum Ausdruck zu bringen. Daß Geistesstörung die Zurechnungsfähigkeit aufhebt, ist eine Forderung der allgemeinen Rechtsüberzeugung; aber nicht jeder Grad von Störung genügt. Umgekehrt ist aber auch eine zu enge Fassung der gesetzlichen Bestimmungen zu vermeiden. Allerdings ist es schwer, über den Wortlaut dieser Beschränkung eine Einigkeit zu erzielen. Eine Bezugnahme auf die oft angegriffene freie Willensbestimmung erscheint zulässig, wenn nur die Entscheidung ausdrücklich dem Richter zugewiesen wird. Auch sollte auf die Beziehungen zur konkreten Straftat Bezug genommen werden. Die verminderte Zurechnungsfähigkeit mit entsprechenden Änderungen im Strafvollzug sollte ebenfalls Aufnahme finden. Der Gesellschaftsschutz verlangt Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker in staatlichen Anstalten für kriminelle Irre. Der Irrenärztetag lehnte es übrigens ab, über die Formulierung des Paragraphen selbst zu beraten.

Bresler (9) bespricht monographisch die wissentlich falsche Anschuldigung und unterscheidet solche auf Grund krankhafter Lügenhaftigkeit und Triebe, auf Grund krankhaft gestörter Wahrnehmung oder Denktätigkeit und schließlich die inhaltlich richtige, aber krankhaft motivierte und so zustandegekommene Anschuldigung. Zu der ersten Gruppe stellt die Hysterie, vor allem des weiblichen Geschlechts, ein großes Kontingent; bei der zweiten Gruppe sind Alkoholisten, Fieberdelirien, Paranoia, Melancholie (vorwiegend Selbstanschuldigungen), Epilepsie und Kopfverletzungen beteiligt. Die falsche Anschuldigung durch Kinder wird besonders [illegible] instruktive Beispiele

aus der Literatur werden beigebracht. Man muß danach streben, falsche Anschuldigungen möglichst bald als solche zu erkennen, um die Verhaftung Unschuldiger zu vermeiden. Der Geisteskranke sollte auch dann in einer Anstalt untergebracht werden, wenn seine falsche Anschuldigung sich gegen keine bestimmte Person richtet und ein strafrechtliches Einschreiten somit nach dem Wortlaut des § 164 ausgeschlossen ist.

Aschaffenburg (2) verlangt im Gegensatz zu *Henning*, mit dem er hinsichtlich der Klagen über unnützes Schreibwerk übereinstimmt, daß das freisprechende Urteil eine Begründung enthalten soll. So nur ist es nachträglich möglich, zu ermitteln, ob Unzurechnungsfähigkeit nach § 51, mangelnder Beweis oder rechtliche Gründe die Freisprechung veranlaßt haben, oder ob diese durch die völlige Schuldlosigkeit des Angeklagten bedingt war.

Oppler (40) bemängelt die Straflosigkeit der Teilnahme bei Unzurechnungsfähigkeit des Täters, bespricht die Literatur und weist auf die Inkonsequenz des RG. hin, das wohl bei § 55 StGB. (Strafunmündigkeit) eine Bestrafung der Teilnehmer zuläßt, sie aber bei § 51 ausschließt, obwohl es sich auch hier nur um einen persönlichen Strafausschließungsgrund handelt. Eine Änderung der gegenwärtigen Rechtslage ist geboten, aber auch ohne Anrufung des Gesetzgebers möglich.

Energisch und geschickt gegenüber einem Angriff von *Schneider*, der allerdings mit veralteten und tatsächlich nicht gerechtfertigten Argumenten operiert, verteidigt *Aschaffenburg* (3) seine frühere Ansicht über die ungünstige Stellung des Geisteskranken vor den Schwurgerichten. Er nimmt dabei Bezug auf den bekannten Prozeß Tessnow und weist darauf hin, daß der Staatsanwalt im ersten Prozesse sich zu der Äußerung verstieg, epileptische Dämmerzustände seien eine unerwiesene neuere Theorie. Der Prozeß Tessnow, der im Dezember 1906 in Greifswald stattfand, hat natürlich in den psychiatrischen Kreisen großes Aufsehen erregt. Auch die politische Presse hat ihn besprochen und dabei vielfach, wie kaum hervorgehoben zu werden braucht, für die Psychiater Partei genommen. *Moerchen* (38) verlangt unter Bezugnahme auf den genannten Prozeß bei der Strafrechtsreform weitgehende Berücksichtigung der modernen, naturwissenschaftlichen Psychologie. *Leppmann* (36) führt das dem Psychiater unverständliche Urteil der Geschworenen zurück auf die Selbstüberschätzung der Laien in psychiatrischen Dingen gegenüber den Fachleuten, auf die Furcht vor unsicherer Bewahrung krimineller Geisteskranker in Irrenanstalten und die Empörung über die Scheußlichkeit der Tat. Er verlangt Unterweisung weitester Kreise über Irrenheilkunde durch Psychiater und die Schaffung eines Reichsirrengesetzes mit besonderer Beachtung der Rechtsgrundsätze, die für die Unterbringung der gemeingefährlichen Irren maßgebend sein sollen.

H. Gudden (19) betont das Überwiegen von Hysterie bei den von ihm untersuchten Warenhausdiebinnen; fast stets war der Einfluß des Menstruations- oder besser gesagt Ovulationsprozesses nachweisbar. In der Diskussion mißt *Straßmann* auch der Menopause eine große Rolle bei. Beim Fehlen von Unzurechnungsfähigkeit sollte die minderwertige Eigenart des Täters und die An-

reizung zur Tat durch das Milieu gesetzlichen Ausdruck finden in der Form der Verhängung von Geldstrafe an Stelle des Gefängnisses. Auch *Laquer* (34) kommt gleich anderen Autoren (*Dubuisson*, *Lasègue*, *Leppmann*, *Gudden*) an der Hand von eigenen Beobachtungen zu dem Schluß, daß die psychiatrische Untersuchung von Warenhausdiebinnen mit geringen Ausnahmen krankhafte Zustände dargetan hat. Eine psychiatrische Begutachtung aller Warenhausdiebinnen erscheint demnach gerechtfertigt. Aber man soll nicht übersehen, daß mancher Diebstahl nicht zwecklos ist, sondern von dem Motiv geleitet wird, mehr zu haben als andere und mehr zu scheinen, als es den Tatsachen entspricht. Darum müssen auch die Familienverhältnisse und das soziale und wirtschaftliche Milieu des Täters in jedem Falle genau geprüft werden.

Die Lehren vom sogenannten Ehrennotstande reichen nach *Gleispach* (16) nicht aus zur Begründung der Milderung des richterlichen Vorgehens bei Kindesmord. Unter den weiteren Momenten spielt der abnorme psychische Zustand der Gebärenden eine große Rolle. Auch Verf. beklagt den oft gerügten Mangel an Beobachtungen über den Einfluß des Geburtsvorgangs auf den Geisteszustand der Gebärenden.

Die von *Forel* und *Mahaim* (13) geschriebene Schrift „Crimes et anomalies mentales constitutionelles" ist in deutscher Übersetzung erschienen. An einer Reihe trefflicher Beispiele (darunter Lucheni, Dr. Favre, der Museumsdirektor in Genf) wird die kriminelle Bedeutung der psychopathischen Zustände und ihre so völlig falsche heutige Behandlung gezeigt. Forel zeigt mit großer Wärme und dem ihm eigenen Temperament, nicht ohne Spott und Ironie, wie diese verminderte Zurechnungsfähigkeit gemeingefährlicher Kranker eigentlich behandelt werden soll. Die Schrift verdient wegen ihrer überzeugenden Darstellung weite Verbreitung, zumal sie geeignet ist, mit vielen Vorurteilen gegen uns Irrenärzte aufzuräumen.

Der bekannte Lehrer der Braunschweiger Hilfsschule *Kielhorn* (28) bespricht von seinem Standpunkte aus die geistige Minderwertigkeit vor Gericht bei dem Angeklagten und Zeugen. Sie wird noch zu oft verkannt vor Gericht. Besser wird es bei einer Beurteilung durch Zivilrichter und Jugendrichter. Wer eine Hilfsschule besucht hat, soll durch pädagogische Sachverständige (warum aber nicht ärztliche? Ref.) untersucht werden. Bei diesen soll nur der Nacheid und auch nur nach Feststellung der hinreichenden Reife zulässig sein.

Aull (5) schildert einen Degenerierten, der Diebstähle beging, um sich so Kleider zu verschaffen, die ihm ein jüngeres, knabenhaftes Aussehen gaben. Eine Zwangsidee veranlaßte ihn, Kinderkleider zu tragen und sich als Kind zu fühlen und zu geberden, sagt von ihm sein Begutachter *Laquer*. Der Fall erinnert an ähnliche Beobachtungen, die *Janet* als retour à l'enfance beschrieben hat.

Der von *Pollak* (41) beschriebene Fall war schon 7 mal wegen Majestätsbeleidigung mit 21½ Jahren Strafhaft bestraft. Erneute Anklage wegen des gleichen Delikts. Die psychische Untersuchung ermittelte nur ein haltloses, moralisch völlig abgestumpftes, aber nicht geisteskrankes und demnach nur vermindert zurechnungsfähiges Individuum. Der Beweggrund der Majestätsbeleidigung war anscheinend das Verlangen, wieder in die bereits zur zweiten Heimat

gewordene Strafanstalt zu gelangen; seine Mithäftlinge, meist schwere Berufsverbrecher, hänselten ihn als freiwilligen Zuchthäusler.

Das ausführliche Gutachten von *Gaupp* (14) ist von besonderem Interesse wegen der Beweisführung, daß der des Mordes Angeschuldigte nicht an paranoischem Wahn, sondern an starrem und fanatischem Aberglauben leidet. Der Angeschuldigte, der im rüstigen Mannesalter impotent wurde, ermordete seine Frau, die nach seiner Ansicht als Hexe an seinem Leiden schuld war. Der Täter hatte nur diese eine krankhafte Vorstellung; in 8 Jahren war es nicht zur Begründung eines Systems gekommen. Das Gutachten sprach sich für verminderte Zurechnungsfähigkeit aus; die Geschworenen sprachen den Angeschuldigten des Totschlag schuldig, wiewohl sich die Tat juristisch zweifellos als Mord charakterisierte.

C. Gudden (18) berichtet, übrigens ebenfalls unter Bezugnahme auf den Fall Tessnow, über eine eigene interessante Beobachtung eines epileptischen Dämmerzustandes mit sehr wechselndem Verhalten des Bewußtseins und einem Ausfall der Erinnerung nur für die Handlungen in einem veränderten Bewußtseinszustande. Erhalten ist die Erinnerung für die Zeiten, in denen die Kranke ihrem Grundcharakter entsprechend handelte. Die auffälligen Handlungen werden mit unrichtigen Angaben zu motivieren versucht.

Margulies (37) schildert des genaueren die von anderen Forschern schon beschriebene, aber im ganzen doch wenig beachtete erhöhte Suggestibilität im postepileptischen Zustande und betont vor allem ihre strafrechtliche Bedeutung. Ihre Kenntnis wird dem Gutachter manche Schwierigkeiten beseitigen und ihn vor manchen Irrtümern bewahren. *Margulies* geht von einem bestimmten Falle aus. Der Angeschuldigte hatte nach einem Dämmerzustande einen ihm diktierten Drohbrief geschrieben, der den Selbstmord des Adressaten zur Folge hatte.

Delbrück (12) gibt eine kurze Schilderung des Krankheitsbildes der Dementia praecox und betont, daß impulsive Gewalttätigkeiten in der Anstalt häufig seien. Die Dementia praecox gibt aber auffallend selten Veranlassung zur Begutachtung auf Zurechnungsfähigkeit. Gerade bei den Landstreichern finden wir sehr oft die schleichende Form der Dementia praecox.

Antheaume und *Mignot* (6) teilen drei Fälle mit, in denen an beginnender Dementia praecox Leidende kriminelle Handlungen begingen. In einem Falle hätte noch die Differentialdiagnose gegenüber Lues cerebri erwähnt werden dürfen.

Moravcsik (39) berichtet von einem viele Jahre hindurch verkannten Paranoiker, der einen Mord und zwei Mordversuche beging, um angeklagt zu werden und so Gelegenheit zu erlangen, vor Gericht und in der Öffentlichkeit die Verfolgungen und Rechtsverletzungen zu erörtern.

Hampe (20) bespricht in allgemeinverständlicher Form die strafrechtliche Bedeutung des Schwachsinns und betont seine häufige Verkennung.

Zwangsvorstellungen kommen nach *Leppmann* (35) nur bei kurzzeitig ausgeführten Taten in Betracht, wenn sie in Beziehung zur Person des Täters stehen (Furchtgedanken, Begehrungsvorstellungen) und wenn weitere patholo-

gische Züge vorliegen. Die Zwangsvorstellungen verdienen Beachtung auch bei der Zeugenvernehmung. Auf Grund eines selbsterlebten Falles wünscht *Leppmann* eine Änderung der Prozeßordnung. Die Befreiung von der Zeugnispflicht sollte auch bei nur vorübergehender Gesundheitsschädigung eintreten, falls diese in keinem Verhältnis zu der Wichtigkeit bezw. Unwichtigkeit der Zeugenaussage steht.

Daß die arteriosklerotischen Geistesstörungen noch oft übersehen oder verkannt werden, weiß jeder von uns. Sehr leicht werden sie mit der Neurasthenie und der Paralyse verwechselt; die Annahme einer Neurasthenie jenseits des 40. Lebensjahres mahnt immer zur Vorsicht. Das gilt auch für die gerichtliche Praxis, wie *Albrecht* (1) mit zwei ausführlich mitgeteilten Fällen dartut.

Da psychische Störungen bei der multiplen Sklerose oft übersehen werden, tut *Raecke* (42) gut daran, einen einschlägigen forensischen Fall zu publizieren. Er fand bei dem 23jährigen Manne, der seit etwa 2 Jahren an multipler Sklerose erkrankt war, weitgehenden Verfall der geistigen Kräfte mit Abnahme des Gedächtnisses, der Urteilsfähigkeit und des sittlichen Empfindens. Der Gutachter erklärte ihn mit vollem Recht für höchstwahrscheinlich unzurechnungsfähig. Einige Monate vorher war der Kranke ebenfalls wegen Sittlichkeitsverbrechens angeklagt, aber verurteilt; nach dem Gutachten des damaligen Sachverständigen, der ebenfalls multiple Sklerose gefunden hatte, fehlten Anzeichen geistiger Erkrankung; „solche pflegten auch bei dieser Erkrankung nicht aufzutreten".

Hoppe (21) führt des genaueren und unter Beibringung weiteren Beweismaterials seine schon früher publizierte Ansicht über die strafrechtliche Stellung der Alkoholwirkung de lege lata et de lege ferenda (vgl. diese Zeitschrift Literaturbericht über 1906 S. 41*) aus. In konsequenter Weise verficht er seine Anschauung ohne Rücksicht auf die sich daraus ergebenden Folgen. Für ein neues Strafgesetzbuch schlägt er folgende Fassung des § 51 vor:

„Wer im Rausch oder infolge von Trunksucht eine Straftat begangen hat und wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat zu einer milderen Strafe verurteilt worden ist, wird, falls die Verurteilung nicht bedingt erfolgt, im Anschluß an die Strafe (oder an Stelle derselben) in eine Trinkerheilanstalt auf die Dauer von längstens 2 Jahren oder, wenn es sich um einen unheilbaren Trinker handelt, in eine Trinkerheilanstalt auf Lebenszeit eingewiesen. Das Gleiche gilt für Personen, die im Rausch oder infolge von Trunksucht eine Straftat begangen haben, oder wegen Ausschluß der freien Willensbestimmung zur Zeit der Tat freigesprochen werden mußten. Doch kann bei Rauschdelikten die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt ausgesetzt werden, wenn der Täter das feste Versprechen gibt von nun an abstinent zu leben und einer Enthaltsamkeitsvereinigung beizutreten."

Seinem Vorschlage, die Störung der Bewußtlosigkeit aus dem Wortlaut des § 51 zu streichen, möchte ich nach den schlechten Erfahrungen mit dem Begriff der Bewußtlosigkeit in foro nur beitreten. Für eine gesetzliche Bestimmung über die Unterbringung krimineller und nichtkrimineller Trinker in Trinkeranstalten schlägt *Hoppe* folgende Fassung vor:

„Wer infolge von Trunksucht seine Pflichten gegen seine Familie gröblich verletzt, diese der Gefahr des Notstandes aussetzt, seine Angehörigen öfter miß-



handelt oder ihre Sicherheit bedroht, wer ferner wegen öffentlicher Trunkenheit wiederholt sistiert oder wegen Trunksucht entmündigt ist, kann auf Antrag seiner Angehörigen, seiner Freunde, der Ortspolizeibehörde oder des Staatsanwaltes durch richterlichen Beschluß nach Anhörung eines Sachverständigen in einer Trinkerheil- oder Trinkerbewahrungsanstalt untergebracht werden."

Aschaffenburg (4) gibt eine Übersicht über die strafrechtliche Berücksichtigung der Trunkenheit in verschiedenen Ländern und verwirft die Unterscheidung zwischen gewollter und ungewollter Betrunkenheit als zu bedenklich. Die deutschen Bestimmungen werden eingehend besprochen. Wenn auch Trunkenheit eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit ist, so darf man doch mit Rücksicht auf den Gesellschaftsschutz bei den bestehenden Bestimmungen nur vereinzelte, besonders schwere Fälle der Berauschtheit als Zustände der Unzurechnungsfähigkeit auffassen. Das neue Strafgesetzbuch muß berücksichtigen, daß Trunkenheit eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit ist und dementsprechend Behandlung statt Strafe vorsehen.

Schenk (44) verlangt auch für das Bürgerliche Strafgesetzbuch entsprechend dem Militärstrafgesetzbuch den Ausschluß der Trunkenheit als Milderung oder gar Straffreiheit bedingenden Umstandes; jedenfalls ist der Berauschte als ein fahrlässig Handelnder anzusehen.

Unter 2943 Alkoholisten, die in Ville Evrad von 1897—1906 interniert waren, waren kriminell nach *Benon* (8) 66,74 %; von diesen ist nur der 20. Teil in Anklagezustand versetzt. In Wirklichkeit ist die Zahl der gefährlichen Alkoholiker noch größer zu schätzen. Aus den weiteren Mitteilungen erhellt die ungemein große Mannigfaltigkeit der bei den Alkoholisten zu erwartenden Straftaten; das gilt auch für dasselbe Individuum. Charakteristisch für alle Straftaten der Alkoholisten ist deren automatischer Charakter.

An der Bekämpfung oder vielmehr Verhütung der durch Alkohol veranlaßten Verbrechen sollte sich nach *Juliusburger* (25) die Hygiene viel mehr beteiligen, vor allem die Rassenhygiene.

Ilberg (23) erklärte eine Frau für unzurechnungsfähig, die unter dem Einfluß der Morphiumabstinenz ein Morphiumrezept, also eine Urkunde, gefälscht hatte. Nur die Anstaltsbehandlung vermag die Morphinisten vor Delikten zu bewahren. Diese soll daher gegebenenfalls gegen den Willen des Kranken auf dem Wege der Entmündigung ermöglicht werden, und der Staat sollte dabei im öffentlichen Interesse das Antragrecht haben. Morphinistischen Ärzten sollte wenigstens auf Zeit die Approbation entzogen werden.

Koeppen (30) gibt kurze, allgemeinverständliche Ausführungen über die Simulation von Geistesstörungen und warnt vor deren zu leichtfertiger Annahme, zumal Übertreibung gerade ein Symptom bestimmter Krankheiten ist.

Wagner (52) gibt ein Gutachten der Wiener Fakultät, das bei dem Gewohnheitsdiebe viermalige, erfolgreich durchgeführte Simulation von Geistesstörung feststellte. In dem Gutachten wird scharf das Bedenkliche der Maßregel festgestellt, nach der der Anstaltsarzt kein Gutachten über die Anstaltsinsassen geben dürfe.

III. Kriminal-Anthropologie und Psychologie.

1. *Alexander, Harriet C. B.*, The tramp as a social morbidity? Alienist and Neurologist XXVIII, may. Nr. 2.
2. *Arendt*, Die Notwendigkeit vermehrter staatlicher Fürsorge für Gefallene und Gefährdete. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 4. (S. 46*.)
3. *Aschaffenburg*, Die strafrechtliche Behandlung der Homosexualität. Diese Ztschr. S. 703.
4. *Audenino, Edoardo*, Pourquoi tous les épileptiques et les criminels nés n'ont pas le type. Actes du VI[e] Congrès international d'Anthropologie Criminelle. Turin 1906.
5. *Audenino, Edoardo*, Les parésies mimiques unilaterales chez les personnes normales, les fous et les criminels. Actes du VI[e] Congrès international d'Anthropologie Criminelle. Turin 1906. (S. 48*.)
6. *Bloch, Iwan*, Das Sexualleben unserer Zeit. Berlin. Louis Marcus. 8 M. (S. 50*.)
7. *Cimbal*, Die antisoziale Bedeutung des chronischen Alkoholmißbrauchs. Viertelj. f. gerichtl. Med. Suppl. S. 90. (S. 48*.)
8. *Claren*, Ein Fall von Fetischismus. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 24. (S. 52*.)
9. *Clement, G.*, Die Einrichtung von Gefängnislehrkursen. Jur.-psych. Grenzfr. V. Bd., Heft 6. (S. 55*.)
10. *Curtius*, Fürsorge für geistig Minderwertige im jugendlichen Alter. Ztschr. f. Med.-Beamte. Vers.-Beil. Nr. VII, S. 118. (S. 46*.)
11. *Dannemann, A.*, Psychiatrie und Hygiene in den Erziehungsanstalten. Hamburg. Agentur des Rauhen Hauses. (S. 46*.)
12. *Dannemann*, Zur Genese und Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen. Sommers Klinik II, 3. (S. 51*.)
13. *Delassus*, Die modernen Theorien über die Verbrechensursachen. Straßburg i. E. T. X. le Roux & Co. (S. 44*.)
14. *Graf zu Dohna*, Willensfreiheit und Verantwortlichkeit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 2.
15. *Falkenberg*, Rettungshausarbeit und Psychiatrie. Psych.-Neur. Woch. Nr. 20.

16. *Feigenwinter, E.*, Über anonyme Briefe. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 8.
17. *Försterling*, Genese einer sexuellen Abnormität bei einem Falle von Stehltrieb. Diese Zeitschr. S. 935.
18. *Friedländer*, Psychologie und Gesetz. Umschau Nr. 46, 9. November. (S. 51*.)
19. *Gaupp, R.*, Klinische Untersuchungen über Ursachen und Motive des Selbstmordes. Viertelj. f. gerichtl. Med. Suppl. S. 78. (S. 49*.)
20. *Geill, Chr.*, Einige Fälle von Exhibitionismus. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 6. (S. 52*.)
21. *Görres*, Zur gerichtlichen Psychologie. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 3, S. 185. (S. 55*.)
22. *Groß, Alfred*, Kriminalpsychologische Tatbestandsforschung. Jur.-psych. Grenzfr. V, 7. C. Marhold. (S. 55*.)
23. *Groß, Hans*, Über Zeugenprüfung. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 10. (S. 55*.)
24. *Groß, H.*, Kriminalstatistische Vergleiche. H. Groß' Arch. 27, 1 u. 2. (S. 46*.)
25. *Gunther, L.*, Die Strafrechtsreform im Aufklärungszeitalter nebst Vergleichen mit unserer modernen kriminalpolitischen Reformbewegung. H. Groß' Arch. 28, 1 u. 2, 3 u. 4.
26. *Haberda*, Unzucht mit Tieren. Viertelj. f. gerichtl. Med. Suppl. S. 184. (S. 53*.)
27. *Hampe, J.*, Beitrag zur Psychologie der Aussage. Sommers Klinik für psychische u. nerv. Krankh. II, 1.
28. *Haymann, Hermann*, Zur Lehre vom geborenen Verbrecher. Aug. Klaiber. Laupheim. 1 M. (S. 44*.)
29. *Hegler*, Zur Methode der legislativen Bearbeitung des Strafrechts, insbesondere auf rechtsvergleichender Grundlage. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 6.
30. *Heilbronner*, Die Grundlagen der „psychologischen Tatbestandsdiagnostik“. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft XXVII, S. 601. (S. 55*.)
31. *Heimberger*, Die strafrechtliche Behandlung der Homosexuellen. Diese Zeitschr. S. 704.
32. *Hellwig*, Einige merkwürdige Fälle von Irrtum über die Identität

von Sachen und Personen. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4. (S. 56*.)

33. *Herz*, *Hugo*, Assoziationen im Verbrechertum. (Schluß.) Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 10. (S. 45*.)

34. *Herz*, *Hugo*, Rückfälliges Verbrechertum in Österreich. H. Groß' Arch. 26, 2 u. 3.

35. *Hippel*, *Robert v.*, Strafrechtsreform und Strafzwecke. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht. (S. 48*.)

36. *Hirschfeld*, *M.*, Drei Fälle irrtümlicher Geschlechtsbestimmung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 2, S. 43. (S. 51*.)

37. *Hoegel*, Die „Tatbestandsdiagnostik" im Strafverfahren. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 1. (S. 55*.)

38. *Hübner*, *Arth. Herm.*, Über Prostituierte und ihre strafrechtliche Behandlung. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 11 u. 12. (S. 53*.)

39. *Hughes*, *Chas. H.*, Erotism (normal and morbid) and the unwritten law in our courts. Alienist and Neurologist XXVIII, may Nr. 2.

40. *Imhofer*, *R.*, Die Bedeutung der Ohrmuschel für die Feststellung der Identität. H. Groß' Arch. 26, 2 u. 3. (S. 48*.)

41. *Jahrmärker*, Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit bei sexuellen Perversitäten. Zeitschr. f. Med.-Beamte Vers.-Beil. Nr. V, S. 82.

42. *Jahrmärker*, Zur Frage der Zurechnungsfähigkeit bei sexuellen Perversitäten. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 2. (S. 51*.)

43. *Jakobsohn*, *Eugen*, Erinnerungstäuschung in bezug auf den Ort. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4.

44. *Jung*, *Richard*, Unwahre Geständnisse. H. Groß' Arch. 28, 3 u. 4.

45. *Juquelier*, *P.*, Note sur un cas de masochisme. Le progrès médical XXIII, No. 28, 13 juillet. (S. 53*.)

46. *Kahl*, D. Dr. *Wilhelm*, Das neue Strafgesetzbuch. Neue Zeit- und Streitfragen IV, 6. Dresden. Zahn & Jaensch. 1 M. (S. 49*.)

47. *Kersten*, Hausfriedensbruch aus Sinnlichkeit. H. Groß' Arch. 26, 2 u. 3. (S. 52*.)

48. *Killen*, Was wollen wir tun? H. Groß' Arch. 27, 1 u. 2.

49. *Kluge*, Über die Mitwirkung de[illegible] [illegible]iaters bei der Fürsorgeerziehung. Diese Ze[illegible]

50. *Kohler, Josef*, Widernatürlichkeiten im indischen Liebesbuche. H. Groß' Arch. 26, 2 u. 3.
51. *Kornfeld, Hermann*, Die Visionärin von Sosnitza. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med. Heft 1, S. 24.
52. *Kornfeld*, Zur Psychologie des Falles Hau. Psych.-Neur. Woch. Nr. 25.
53. *Kötscher, L. M.*, Das Erwachen des Geschlechtsbewußtseins und seine Anomalien. Eine psychologisch-psychiatrische Studie. J. F. Bergmann. Wiesbaden.
54: *Krafft-Ebing*, Psychopathia sexualis. Dreizehnte, vermehrte Auflage. Ausgegeben von Dr. *Alfred Fuchs*. Stuttgart. Ferdinand Enke. (S. 50*.)
55. *Kroch*, Ein unwahres Geständnis. H. Groß' Arch. 27, 1 u. 2. (S. 56*.)
56. *Kühlewein*, Die Handhabung der vorläufigen Entlassung. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 9.
57. *Kürbitz*, Alkohol und Selbstmord. Nebst einigen Bemerkungen über die Zurechnungsfähigkeit der Trinker. Diese Zeitschr. S. 579.
58. *Landsberg*, Die Großstadt in unserem Rechtsgange. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 4. (S. 46*.)
59. *Laquer, L.*, Die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen. Sommers Klinik II, 2. (S. 47*.)
60. *Leers, Otto*, Über den Stand und die Handhabung der Fürsorge-Erziehung in Preußen. H. Groß' Arch. 27, 1 u. 2. (S. 47*.)
61. *Leers, Otto*, Zur forensischen Beurteilung des Exhibitionismus. Viertelj. f. gerichtl. Med. XXXIV, 2. (S. 52*.)
62. *Leppmann, F.*, Die neuesten Sensationsprozesse und die öffentliche Erörterung der Homosexualitätsfrage. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 22. (S. 50*.)
63. *Lichtenstein*, Der Kriminalroman. Grenzfragen der Literatur und Medizin Heft 7. München. Ernst Reinhardt. (S. 45*.)
64. *Liepmann, H.*, Über den Unterschied des allgemeinen und des wissenschaftlichen Sinnes der Begriffe. Psych.-Neurol. Woch. IX, Nr. 34. (S. 51*.)
65. *Lion, Max*, Die sexuelle Frage in der Strafrechtsreform. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 5.

66. *Lochte*, Schwierigkeiten der amtsärztlichen Beurteilung der Neurasthenie (besonders der Alkoholneurasthenie). Deutsche med. Woch. Nr. 19, S. 81. Vortrag.

67. *Lombroso*, *Cesare*, Neue Verbrecherstudien. Carl Marhold. Halle. (S. 44*.)

68. *Luckinger*, *N.*, Zur Kasuistik des Lustmordes. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Med. Heft V. (S. 53*.)

69. *Mader*, *Max*, Die Heilung homosexueller Neigungen. Leipzig. Max Spohr. (S. 51*.)

70. *Marie*, *A.*, Sadi - Fétichisme et Zoophilie sadique. Archiv. d'Anthrop. Krim. XXII, Nr. 161, 15 juin.

71. *Marx*, *Hugo*, Praktische Ergebnisse aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin. Praktische Kriminalpsychologie. Berl. klin. Woch. Nr. 21. (S. 55*.)

72. *Miller*, Die Prostitution. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 12. (S. 53*.)

73. *Mittermaier*, Über die Einrichtung von Gefängnislehrkursen. Jur.-psych. Grenzfr. V, 6.

74. *Moll*, *Albert*, In wieweit ist die Agitation zur Aufhebung des § 175 berechtigt? Deutsche med. Woch. Nr. 46, S. 1910. (S. 50*.)

75. *Mönkemöller*, Eine Vagabundenfamilie. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 9. (S. 45*.)

76. *Moses*, Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung. Diese Zeitschr. S. 496.

77. *Moyer*, *Harold*, Is sexual perversion insanity? Alienist and Neurologist XXVIII, may, Nr. 2.

78. *Näcke*, *P.*, Identitätsnachweis von Kindern. H. Groß' Arch. 28, 3 u. 4. (S. 48*.)

79. *Näcke*, *P.*, Über Kontrastträume und speziell sexuelle Kontrastträume. H. Groß' Arch. 28, 1 u. 2.

80. *Návrat*, *Y.*, Der Selbstmord. Wien. klin. Rundschau 3—7, 9, 10, 12, 14, 15—17. (S. 50*.)

81. *Neisser*, *Clemens*, Psychiatrische Gesichtspunkte in der Beurteilung und Behandlung der Fürsorgezöglinge. Halle. C. Marhold. (S. 47*.)

82. *Peßler*, Ein Beitrag zur Psychologi[illegible] ler. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4. (S. 45*.)



83. *Pilgrim, Charles W.*, Insanity and suicide. American journal of insanity Nr. 3, January.

84. *Pollitz, Paul*, Die vorläufige Entlassung im gegenwärtigen und künftigen Strafgesetzbuch. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 9. (S. 45*.)

85. *Pollitz, Paul*, Die drei Mörder Bloemers. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4. (S. 45*.)

86. *Reichel, Hans*, Verwerfung eines Zeugen wegen Untauglichkeit. H. Groß' Arch. 26, 2 u. 3.

87. *Ricklin*, Über Gefängnispsychosen. Psych.-Neurol. Woch. Nr. 30 bis 37. (S. 54*.)

88. *Rohden, G. von*, Erbliche Belastung und ethische Verantwortung. Tübingen. J. C. B. Mohr.

89. *Rohleder, Hermann*, Der Automonosexualismus. Eine bisher noch unbeobachtete Form des menschlichen Geschlechtstriebes. Berliner Klinik Nr. 225. (S. 53*.)

90. *Rotering*, Die Mendizität der Vergangenheit. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 6.

91. *Salgó, J.*, Die forensische Bedeutung der sexuellen Perversität. Hoches Sammlung. VII. Bd. Heft 4. (S. 50*.)

92. *Salomon, Max*, Der Gegenstand der Rechtsvergleichung. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 9.

93. *Schaefer, Karl L.*, Bericht über den Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge in Berlin (1.—4. Oktober 1906). Langensalza. H. Beyer & Söhne. (S. 47*.)

94. *Scheptelitsch-Cherzesko*, Zur Frage des Einflusses von Träumen auf die Erinnerungsfähigkeit ((forensische Beobachtung). Korsakoffs Journal Heft 2 u. 3, S. 379. (S. 55*.)

95. *Schmeickert, Hans*, Die Strafrechtsreform aus dem Zeitalter der Tortur. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4.

96. *Prinz Emil von Schoenaich-Carolath*, Gedanken eines Laien über Gefangenenfürsorge. A. P. Überwasser. Wandsbeck-Hamburg. (S. 54*.)

97. *Schwab, von*, Die verminderte Zurechnungsfähigkeit im früheren württembergischen Strafrecht. Jur.-psych. Grenzfr. IV, 7 u. 8.

98. *Sichart, E. v.*, Die Schutzstrafe vor der zweiten Kammer des

Württembergischen Landtags. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 5. (S. 49*.)
99. *Sichart, E. v.*, Beitrag zu einem neuen Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 4.
100. *Sichart, E. v.*, Nordamerikanischer und Deutscher Strafvollzug. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 8.
101. *Siefert*, Verbrecher-Lebenslaufe. H. Groß' Arch. 27, 1 u. 2. (S. 54*.)
102. *Siefert, Ernst*, Über die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber. Halle. C. Marhold. 233 S. (S. 54*.)
103. *Sommer*, Zur Psychologie der Zeugenaussagen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 3, S. 181.
104. *Specht*, Zur Psychopathologie des Selbstmords. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 2. (S. 49*.)
105. *Stcherbak, Alexandre*, Contribution à l'étude des perversions sexuelles. Progrès médical.
106. *Stegmann*, Beitrag zur Lehre vom Selbstmord. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. XXII, Erg.-H. (S. 49*.)
107. *Steiger, Adolf*, Über die Verwendbarkeit von Hornhautmaßen zur Identifizierung von Verbrechern. H. Groß' Arch. 26, 2 u. 3. (S. 48*.)
108. *Svorčik, Heinr.*, Zurechnungsfähig? H. Groß' Arch. 27, 1 u. 2.
109. *Topp, Rud.*, Fall von konträrer Sexualempfindung. Friedreichs Blätter VI.
110. *Travers*, Abschaffung der Todesstrafe. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 11 u. 12. (S. 49*.)
111. *Wassermann, Rudolf*, Kriminalitätsgeographie und Strafzumessung. Monatsschr. f. Kriminalpsych. IV, 3, S. 155. (S. 46*.)
112. *Weinberg, Siegfried*, Über den Einfluß der Geschlechtsfunktionen auf die weibliche Kriminalität. Jur.-psych. Grenzfr. VI, 1. (S. 44*.)
113. *Wulffen, Erich*, Kriminalpsychologie und Psychopa[illegible] Schillers Räubern. Halle. C. Marhold.
114. *Wulffen, Erich*, Ibsens Nora vor dem Strafrichter und [illegible] Halle. C. Marhold.



115. *Wulffen, Georges*, Manolescu und seine Memoiren. Kriminalpsychologische Studie. Berlin. Dr. P. Langenscheidt. (S. 45*.)

116. *Wulffen*, Kriminalpsychologie im Mordprozeß Hau. Breslau. Alfred Langewart. (S. 45*.)

117. *Zastrow, Constantin von*, Über Windelband und den Streit um das Strafrecht. H. Groß' Arch. 27, 3 u. 4.

Lombroso (67) stellt in seinen neuesten Verbrecherstudien eine große Zahl eigener und fremder Beobachtungen zusammen, welche die mannigfachsten Kapitel der Kriminalpsychologie, sowohl aus dem Bereich der Völker- und Rassenkriminalität wie der Kriminalität der Individuen betreffen. Ein Referat ist an dieser Stelle wegen Kürze des Raumes nicht möglich.

Haymann (28) gibt in seiner aus der Freiburger Psychiatrischen Klinik stammenden Dissertation eine kritische Darstellung der *Lombroso*schen Lehre vom geborenen Verbrecher, hebt das viele Richtige, das in *Lombrosos* Lehre liegt, zutreffend hervor und bespricht die Symptome, Diagnose und Therapie des in seiner Häufigkeit von *Lombroso* sehr überschätzten Typs des geborenen Verbrechers. Moral insanity und angeborenes Verbrechertum sind identische Begriffe, nur verschiedene Bezeichnungen je nach dem Standpunkte des Beschauers; beide faßt *Haymann* zusammen unter dem Namen der angeborenen Amoralität oder Amoralität schlechtweg. Den Ausdruck moral insanity will er für die Fälle reserviert wissen, wo auch ein Mangel an Intelligenz vorliegt; es fehlt dann nicht nur die Empfindung des Unrechts, sondern auch dessen Erkenntnis.

Delassus (13) gibt eine scharfe und ablehnende Kritik der *Lombroso*schen Lehre mit nur zum Teil richtigen Argumenten; in vielen Ausführungen kann man ihm nicht folgen; und vielfach läßt er es auch an Beweisen für seine Behauptungen fehlen. Ref. verweist dieserhalb nur auf sein Eintreten für die freie Willensbestimmung.

Weinberg (112) untersucht den Einfluß der normalen organischen Veränderungen an den weiblichen Geschlechtsteilen (Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Laktation, Menopause) auf die Kriminalität des weiblichen Geschlechts. Der Anteil der jugendlichen weiblichen Bevölkerung an der Kriminalität ist verhältnismäßig groß, größer als in den unmittelbar folgenden Lebensjahren. Vor allem sind Brandstiftungen, Meineid und falsche Anschuldigungen beteiligt. Besonders kritisch sind die Tage der ersten Menstruation, wie denn überhaupt die Menstruation, vor allem bei neuropathischen Personen, das Gleichgewicht stört. Die Häufigkeit des Zusammenfalls von Diebstahl (Warenhausdiebstahl!) mit der Menstruation ist gewiß kein Zufall. Die kriminelle Bedeutung der Gravidität ist schon lange bekannt; auch bei ihr spielt der Diebstahl eine große Rolle. In der Laktation sind Gewalttätigkeiten gegen das Kind zu berücksichtigen. Das typische Delikt des Klimakteriums ist die Beleidigung.

Pollitz (85) berichtet über einen M o r d , der so genau überlegt war, wie es nur selten der Fall ist. Er hat bisher 15 Mörder zu untersuchen Gelegenheit gehabt; von diesen waren 10 niemals vorbestraft, nur 2 erheblich mit Gefängnis, keiner mit Zuchthaus. Keiner hatte das 30. Lebensjahr erreicht, 7 waren unter 21 Jahren.

Pessler (82) untersucht den Grund der Ablegung eines G e s t ä n d n i s s e s bei ursprünglich leugnenden M ö r d e r n. Diese platzen mit der Wahrheit heraus angesichts objektiv unwahrer Angaben von Zeugen oder Sachverständigen, die sie zum Widerspruch herausfordern, oder die Heranführung an den Tatort und die damit verbundene innere Wiedererlebung der Straftat, oder der Einfluß anerzogener Religiosität oder Mystik führt das Geständnis herbei. Ein Schamgefühl hält aber oft den Verbrecher ab, in allen Punkten die Wahrheit zu sagen; in anderen Fällen sucht er durch einzelne Unwahrheiten seine Situation zu verbessern.

Wulffen (116) gibt eine ansprechende psychologische Analyse von Hau, und vergleicht ihn mit Manolescu. Nach *Wulffen* ist der Schluß, daß Hau der Täter sei, fast zwingend; sein auffälliges Gebaren und Handeln erklärt sich ausreichend aus dem phantastischen und unharmonischen Wesen seiner degenerierten Persönlichkeit. *Lichtenstein* (63) gibt eine literarische Studie über den K r i m i n a l r o m a n , in der er vor allem die medizinische Seite berücksichtigt. Den Hauptvorteil des Kriminalromans erblickt er darin, daß er warnt vor Überschätzung des Indizienbeweises. In einem Nachtrag befaßt er sich mit dem Prozeß Hau und bemängelt, daß die Frage der geistigen Minderwertigkeit bei Hau, gegen dessen Täterschaft sich vieles anführen läßt, nicht hinreichend besprochen ist. *Wulffen* (115) hat die bekannte Autobiographie von *Manolescu*, „dem Fürsten der Diebe", mit dessen ihm zur Verfügung gestellten Polizei- und Gerichtsakten verglichen und entwirft an der Hand dieses Materials eine Lebensgeschichte des genannten Verbrechers. Er gibt eine eingehende Schilderung seiner Persönlichkeit, die dem Typus des Degenerierten entspricht. Verfasser nimmt mit beachtenswerten Ausführungen die Psychiater in Schutz gegen die Vorwürfe, die ihnen anläßlich der Begutachtung Manolescus gemacht sind.

Mönkemöller (75) berichtet über eine große V a g a b u n d e n f a m i l i e , von der er zahlreiche Mitglieder in der für Frauen bestimmten Korrektionsanstalt zu Himmelsthür kennen gelernt hat. Er berichtet im ganzen über 76 Mitglieder, die aus drei verschiedenen Familien stammen. Nur 8 zeigten den Lebenslauf des biederen Normalbürgers, 45 waren Vagabunden, 26 sind bestraft, 15 von den weiblichen Mitgliedern Prostituierte; 20 waren in einer Korrektionsanstalt, natürlich fast immer ohne Erfolg. 16 sind unehelich geboren, soweit sich dieser Punkt prüfen läßt. Mehrere Frauen sind infolge ägyptischer Augenkrankheit fast ganz erblindet; daraus ergibt sich ein weiterer Beweis der großen Gefährlichkeit der genannten Familie. Nur einer der Männer hatte gedient.

Besonders hervorzuheben sind die *Herz*schen (3[illegible] [illegible]schreckenden Mitteilungen über die sogenannten „P l a t t e r [illegible] [illegible] verwahrloster Burschen im schulpflichtigen Alter. Be[illegible] [illegible]mein-schaft begangenen Diebstähle darf nicht schen[illegible] Ge-



sellschaften von rückfälligen Verbrechern sind anders zu beurteilen wie Gelegenheitsassoziationen.

Landsberg (58) bespricht in großen Zügen den Einfluß der Großstadt auf den Rechtsgang und weist besonders hin auf die Verschiedenheit des Klein- und Großstädters in seiner Eigenschaft als Zeuge. Er schildert bestimmte Typen und Parteien, die nur das Großstadtleben hervorruft.

Wassermann (111) übt Kritik an der Art und Weise, wie *Friedeberg* den *Seuffert*schen Nachlaß verarbeitet hat, der eine Vorarbeit zu einer Kriminalitätsgeographie des Deutschen Reiches darstellt (vgl. den vorigen Literaturbericht S. 46*). Die Häufigkeit des Betrugs in den süddeutschen Staaten ist zurückzuführen auf das häufige Vorkommen von Zechprellerei. Hätte *Friedeberg* die weiterhin erschienene Kriminalstatistik verarbeitet, so hätte er gesehen, daß sich die Betrugsverteilung in Süddeutschland in den späteren Jahren geändert hat. *Wassermann* bespricht dann kurz eine Arbeit von *Wörner*, der feststellt, daß bei denselben Delikten in den verschiedenen Gegenden die Strafzumessung und das Verhältnis der Freisprechungen ein recht verschiedenes ist. Nicht der Zufall könne hieran schuld sein, sondern nur die weit zurückreichende lokale Tradition in den einzelnen Bezirken, also ein „trauriger Schematismus und ein Hang am Alten".

Groß (24) übt eine scharfe Kritik an *Blaus* Arbeit über Kriminalität der Juden, die deutlich erkennen läßt ein Beweisenwollen mit bestimmter Tendenz. Bedenklich ist die vergleichende Kriminalität; sie vergleicht nur die durch zahlreiche Zufälle erwischten Verbrecher, nicht aber die Menschen, die wirklich Verbrechen begangen haben. Die Qualität des jeweiligen Verbrechens erscheint nicht in der Kriminalstatistik; daher ist es nicht berechtigt, Juden und Christen ohne weiteres miteinander zu vergleichen.

Darüber besteht kein Zweifel, daß eine vermehrte staatliche Fürsorge für gefährdete und strafentlassene Personen, vor allem für die verwahrloste Jugend dringend notwendig ist. Wie diese Aufgabe praktisch zu lösen ist, zeigen die lesenswerten Ausführungen von *Arendt* (2), die in ihrer Eigenschaft als Polizeiassistentin in Stuttgart über die ihr damit zufallenden Aufgaben mit vieler Sachkunde berichtet. Gerade die vielen eingestreuten eigenen Beobachtungen und Vorschläge verdienen, weil sie dem praktischen Leben entnommen sind, besondere Beachtung.

Dannemann (11) hat auf Veranlassung des Leiters des Rauhen Hauses vor einer Anzahl von Vorstehern und Angestellten von Rettungs- und Erziehungsanstalten Vorträge gehalten, die er hier veröffentlicht. Er gibt eine sehr klare anschauliche und trotz aller Kürze durchaus ausreichende Darlegung vom Bau des Gehirns und seinen psychischen Funktionen, von der Entwicklung des normalen Kindes und den verschiedenen Formen psychischer Anomalien bei jugendlichen Personen. Er gibt eine Reihe praktischer Ratschläge mit steter Betonung der dem Erzieher und dem Arzte zufallenden Kompetenzen.

Curtius (10) bespricht die Bedeutung der Hilfsschulen, die auch auf dem Lande und in kleineren Städten errichtet werden sollten, und betont die Notwendigkeit, die Hilfsschüler nach der Schulentlassung in besonderen Fortbildungs-

kursen zu unterrichten und sie nach Möglichkeit für einen praktischen Beruf vorzubereiten. Die Fernhaltung Schwachsinniger vom Militärdienst ist mit allen Kräften anzustreben.

Auf dem Allgemeinen Fürsorgeerziehungstag in Breslau sprach *Neisser* (81) über die Notwendigkeit, die Psychiatrie auch bei der Fürsorgeerziehung mehr zu berücksichtigen, als es bisher geschehen ist. Seine Ausführungen sind schlicht, klar, allgemeinverständlich, durch gutgewählte Beispiele erläutert und verdienen die Beachtung weitester Kreise. Nachdrücklich betont er, daß die bisherigen statistischen Angaben über die Anteilnahme Minderwertiger nicht richtig sein können. Neigung zu Unsauberkeit und phantastischen Lügen sowie Reizbarkeit sollen an Geistesstörung denken lassen. Kurz werden die mitgeteilten und beachtenswerten Leitsätze begründet. Eine möglichst weitgehende Individualisierung in der Behandlung der Fürsorgezöglinge steht an erster Stelle. *Neisser* verlangt nur die Mitarbeit des Psychiaters, nicht aber die Leitung der Anstalt durch den Irrenarzt. Ebenso verlangt *Laquer* (59), der in dem Fehlen einer psychiatrischen Mitwirkung einen großen Mangel des Fürsorgeerziehungsgesetzes sieht, psychiatrische Mitwirkung, aber nicht Leitung bei der Fürsorgeerziehung. Diese mag in den Händen der Seelsorger und Pädagogen verbleiben; aber ihnen wie allen beteiligten Behörden muß es bewußt bleiben, daß krankhafte Gehirnanlage in vielen Fällen Ursache des sittlichen Verfalls ist. Darum die Forderung einer regelmäßigen ärztlichen Kontrolle der Zöglinge, auch der Familienzöglinge. *Laquer* schneidet noch manche wichtige, praktische Frage an: die Einrichtung von Personalbogen in der Schule und von Fürsorgeregistern nach der Schulentlassung, die Umwandlung der ehrenamtlichen Einzelvormundschaft in die Berufsvormundschaft usw. Nach *Leers* (60) tritt die Fürsorgeerziehung vielfach zu spät in Kraft; der Gesichtspunkt der Prophylaxe sollte mehr maßgebend sein, dann wäre auch die zweckmäßige Familienpflege in größerem Umfange anzuwenden. Größere Individualisierung ist bei der Handhabung des Gesetzes nötig, und psychiatrische Gesichtspunkte sind mehr zu berücksichtigen. Eine Beschleunigung und Vereinfachung der Formalien ist erwünscht.

An dieser Stelle verdient Erwähnung der Bericht über den Kongreß für Kinderforschung und Jugendfürsorge in Berlin, den *Schaefer* (93) erstattet hat. Eine Reihe von Vorträgen hat Beziehungen zur Kriminalität der Jugend. *Felisch* spricht kurz und temperamentvoll über die Fürsorge für die schulentlassene Jugend und nimmt vor allem Bezug auf die in Berlin gemachten guten Erfahrungen mit dem Pflegersystem. *Kuhlemann* verbreitet sich eingehend über die strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen. Die „Einsichtsfähigkeit" des Strafgesetzbuchs ist zu intellektualistisch und besser durch „geistige Reife" zu ersetzen. Jugendliche definiert er als die Personen, gegen welche mit Rücksicht auf ihr jugendliches Alter und die dadurch bedingte Stufe geistiger Entwicklung entweder eine Bestrafung überhaupt nicht oder doch wenigstens nicht deren normale Art geeignet erscheint. Die untere Grenze beginnt, vor allem mit Rücksicht auf die Schule, mit dem 14. Lebensjahr, die obere Grenze ist das 21. Lebensjahr (vgl. BGB.). [illegible]scheidet erzieherische und strafrechtliche

Mittel, die sich nicht scharf gegenüberstehen. Er verlangt Jugendgerichte mit dem Vormundschaftsrichter als Leiter unter Hinzuziehung von Ärzten und Pädagogen als Schöffen. Das Anklagemonopol der Staatsanwaltschaft muß fallen. Notwendig ist Ausschluß der Öffentlichkeit und Einführung der bedingten Verurteilung; auch in der zweiten Instanz sollen sachverständige Laien als Schöffen mitwirken. *Kemsler* betont an der Hand einer eigenen Beobachtung die Unzuverlässigkeit der Kinder als Zeugen, und *von Rohden* erstattet ein ausführliches Referat über jugendliche Verbrecher. Strafe ist bei ihnen nicht berechtigt, vielmehr schädlich; man soll die versäumte Erziehung nachholen; der Vormundschaftsrichter hat das erste und gewichtigste Wort.

Die spezifisch soziale Schädlichkeit des einfachen chronischen Alkoholismus richtet sich nach *Cimbal* (7) nicht gegen die Gesellschaft, sondern gegen die Familie; deren tiefgreifende Schädigung ist wichtiger als die Kriminalität. Die wehrlose Familie muß geschützt werden. Für die dauernde Internierung endgültig antisozial gewordener Alkoholisten bedarf es besonderer Anstalten, ferner besonderer Erziehungsanstalten für die gefährdeten Kinder.

Steiger (107) benutzt zur Identifikation die Messung der Hornhautwölbung im allgemeinen und die des Astigmatismus auf beiden Augen. Die Messung ist leicht vorzunehmen und bezieht sich auf sehr stabile Verhältnisse; freilich kann auf die Hinzuziehung anderer Erkennungszeichen nicht verzichtet werden, und die ophthalmometrische Methode kann somit die Bertillonage ergänzen.

Durch vier deutlich sichtbare Merkmale ist nach *Imhofer* (40) eine Ohrmuschel für praktische Zwecke genügend bestimmt. Er nimmt Helix, Anthelix, Tragus und Läppchen. Die Verschiedenheit der Form der Ohren spricht nicht gegen die Zugehörigkeit zu einer Familie. Eine weitgehende Ähnlichkeit hinsichtlich mehrerer Teile der Muschel macht die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Familie wahrscheinlich. Gerade bei Kindern sind, worauf *Naecke* (78) aufmerksam macht, Fingerabdrücke zum Identitätsnachweis geeignet, da sie ganz individuell, stabil und so gut wie unzerstörbar sind.

Audenino (5) untersucht die Häufigkeit der Schwäche der willkürlichen Facialisinnervation. Bei Gesunden fand er sie bei 10%, bei nichtdegenerativen Psychosen in 22%, bei Degenerierten in 44%; bei der elektrischen Untersuchung weder quantitative noch qualitative Abweichungen. Eine genaue Untersuchung ergibt nach demselben Autor auch bei den geborenen Verbrechern, die auf Anblick durchaus normal erscheinen, eine Reihe von Degenerationserscheinungen. Man darf diese aber nicht verwerten bei den nicht belasteten Individuen, die in früher Jugend ein Trauma oder eine schwere Infektion oder Intoxikation erlitten haben und so schon sehr früh Verbrecher wurden, ohne doch geborene Verbrecher zu sein.

v. Hippel (35) bespricht in seiner Rede den Strafzweck, der für unsere Strafrechtsreform maßgebend sein soll. Er ist nicht geneigt, mit *v. Liszt* bei der Strafe nur die Vorbeugung zu berücksichtigen und ebensowenig mit *Birkmeyer* in der Strafe nur die gerechte Vergeltung zu erblicken. Die Strafe hat erfahrungsgemäß gewisse Wirkungen im Sinne der Vergeltung, der allgemeinen und Spezial-

prävention, freilich in verschiedenen Mischungen bei den einzelnen Delikten. Die Freiheitsstrafe ist die wichtigste, insofern sie die verschiedenen Wirkungen vereinigt. Alle günstigen Wirkungen, die der Strafe erfahrungsgemäß zukommen, sind als Strafzweck anzustreben. Hiermit stimmt die Tatsache überein, daß die Freiheitsstrafe über die früheren Strafen gesiegt hat. Man muß eben alle Strafzwecke als grundsätzlich nebeneinanderstehend hinstellen. Das Richtige liegt in der Mitte zwischen den heute bestehenden Kontroversen. Soweit eine Vereinigung möglich ist, ist diese anzustreben.

Kahl (46) schildert nach einem warm empfundenen Nachruf an den trefflichen *Seuffert* kurz die moderne und die klassische Schule. Der Gesetzgeber muß im Gegensatz zur Wissenschaft mit dem Erreichbaren, dem jeweils Nützlichen rechnen; er darf entgegenkommen, Kompromisse schließen und Folgerungen aus der einen oder der anderen Grundauffassung annehmen oder ablehnen. Er bespricht dann die Reform genauer, das Strafsystem, die psychologische Differenzierung des Verbrechertums (jugendliche, geistig minderwertige, rückfällige) und die Verbindung von Sicherheitsmaßregeln mit der Strafe. Die Hauptsache ist und bleibt doch, die persönlichen, wirtschaftlichen und sozialen Quellen des Verbrechens selbst abzugraben.

v. Sichart (98) verteidigt in seinen Ausführungen die Schutzstrafen und den Determinismus gegen die Angriffe, die sie im Württembergischen Landtage erfahren hat.

Travers (110), in früherer Polizeirat, spricht sich sehr energisch gegen die Beibehaltung der Todesstrafe aus, denn die einzig richtige und praktische Theorie für das Strafrecht ist die Besserungstheorie. Mancher gewohnheitsmäßige Einbrecher oder Dieb ist aber weniger besserungsfähig als ein Mörder. Die Schwierigkeit, im einzelnen Falle Mord von Totschlag zu unterscheiden, und die Möglichkeit eines Justizmordes können für die Abschaffung der Todesstrafe angeführt werden. Auf jeden Fall könnten bei einer Reform des Strafgesetzbuches mildernde Umstände berücksichtigt werden.

Stegmann (106) benutzt für seine Untersuchungen über den Selbstmord das klinische Material der Städtischen Heil- und Pflegeanstalt zu Dresden von 1891 bis 1900. Am häufigsten waren Selbstmorde versucht im Alter von 26 bis 30 Jahren; die Zahl der erblich Belasteten ist bei den Selbstmordkandidaten größer als bei den Aufgenommenen überhaupt. Häufig ist der Alkoholmißbrauch bei den Kandidaten, besonders bei den Männern; bei den Frauen ist oft Hysterie nachzuweisen. Ebenso überwiegt die Beteiligung der Schwermut bei den Frauen, 75:21. Von den 198 männlichen werden 31, von den 203 weiblichen Individuen 30 als nicht geisteskrank geführt. Aber auch hier ist der Alkoholismus und die Belastung ebenso häufig wie bei den als psychisch krank aufgefaßten. 6 von den Männern waren ausgesprochen geistig abnorm, 18 der Frauen.

Specht (104) schließt sich in seinem Referat über den Selbstmord den Ausführungen *Gaupps* (19) an. Dank der in München [illegible] [illegible]inrichtung, daß jede bei einem Selbstmord betroffene Person ohne [illegible] [illegible]ischen Klinik zugeführt wird, konnte *Gaupp* das groß[illegible] [illegible]ter-

suchen. Nur eine Person erwies sich bei eingehender psychischer Untersuchung als gesund. 44 Personen waren geisteskrank, vorwiegend manisch-depressives Irresein, Dementia praecox und Imbezillität. Unter den nicht ausgesprochen Geisteskranken waren vorzugsweise chronische Alkoholisten und psychopathische Persönlichkeiten. Letztere bilden die größte Gruppe. Hebephrenie und Zyklothymie wird oft übersehen. *Esquirol* hatte sonach mit seinem Worte: „Der Selbstmord ist eine Krankheit!" in gewissem Sinne Recht. Es sei noch hervorgehoben, daß nach den Beobachtungen *Gaupps* Motiv und Ursachen sich im großen und ganzen wenig decken.

Návrat (80) schildert in seiner sozialärztlichen Studie eingehend die ursächlichen Beziehungen zwischen Selbstmord und sozialen Verhältnissen. Ein Drittel der männlichen, mehr als ein Viertel der weiblichen Selbstmörder ist ausgesprochen geisteskrank. Die Hauptrollen spielen hierbei Melancholie oder depressive Zustände überhaupt; auch der Alkoholmißbrauch ist sehr beteiligt. Des eingehenderen erörtert er die Ursachen des Selbstmordes beim Militär und in den Gefängnissen.

Krafft-Ebings (54) grundlegende Arbeit über die Anomalien des Sexuallebens und ihre gerichtsärztliche Bedeutung ist in neuer Auflage erschienen. Sie ist von dem Schüler des Verstorbenen, *A. Fuchs*, herausgegeben. Eine Reihe neuer Fälle, die noch *Krafft-Ebing* selbst für die neue Auflage gesammelt hatte, ist hinzugekommen. Der Text selber hat wesentliche Änderungen nicht erfahren.

Eine zusammenfassende, kritische Darstellung des ganzen Gebietes der Sexualwissenschaft gibt *Bloch* (6). Hier verdienen vor allem seine Ausführungen über die Abweichungen vom Normalen erwähnt zu werden. Auch *Bloch* betont nachdrücklich, daß dieselbe Anomalie bei gesunden wie bei degenerierten und psychopathischen Individuen gefunden wird. Er unterscheidet zwischen angeborener, echter, dauernder Homosexualität und der erworbenen, scheinbaren vorübergehenden Pseudohomosexualität. Echte Homosexualität findet sich auch bei durchaus gesunden Personen; sie ist auch nach *Bloch* verbreiteter, als vielfach angenommen wird. Die Zurechnungsfähigkeit für sittliche Verbrechen wird kurz abgehandelt. Mit Recht mahnt er zur Vorsicht in der Verwertung von Kinderaussagen; von Kindern gehen geradezu oft die Anreizungen zu Sittlichkeitsdelikten aus. Viele körperlich und geistig ganz gesunde, in urgermanischer Rassenkraft imponierende Personen haben *Bloch* gestanden, im Bann der schwersten sexuellen Perversitäten zu stehen. Wo öffentliche oder individuelle Interessen geschädigt werden, muß der Staat eingreifen, und gerade diese sexuellen Delikte werden vielfach von kranken, mehr oder weniger unzurechnungsfähigen Personen begangen. Affekt und Rausch erheischen besondere Beachtung. Sexuelle Verbrecher sind im allgemeinen mehr durch ärztliche Behandlung als durch Gefängnisstrafen zu beeinflussen.

Mit einer Reihe von Argumenten widerlegt *Salgó* (91) die Berechtigung, die Homosexualität unter Strafe zu stellen. § 175 sei irrationell, höchst lückenhaft, unaufrichtig, praktisch völlig zwecklos, ja sogar bedenklich und direkt ge-

fährlich. Die psychiatrische Begutachtung wird vielfach nur als Ausweg der Juristen benutzt, ohne daß die Frage der sexuellen Perversität als solche Gegenstand der Psychiatrie sei.

Anläßlich der bekannten Prozesse Harden und Brandt wirft *Moll* (74) die Frage auf: Inwieweit ist die Agitation zwecks Aufhebung des § 175 berechtigt? Auch er ist für Aufhebung des § 175; aber er tadelt die heute übliche wüste Agitation, die die Wissenschaft schädigt, die zur Homosexualität verleitet, sie geradezu züchtet und viele grundlos fürchten läßt, homosexuell zu sein. Mit Rücksicht auf die Gefahr der weiteren Verbreitung der Homosexualität bei Jugendlichen ist aber bei Abschaffung des § 175 das Schutzalter zu erhöhen.

Leppmann (62) tadelt anläßlich des gleichen Prozesses die Aufklärung des Wissenschaftlich-humanitären Komitees, die allmählich zu einer wahrhaft werbenden Tätigkeit ausgewachsen sei. Die allzu offene und breite Erörterung des Problems hat doch ihre großen Bedenken.

Friedländer (18) plädiert im Anschluß an den Prozeß Moltke-Harden für Aufhebung des § 175 und betont vor allem, wie sehr der Homosexuelle in der Vorstellung des Juristen und des Volkes überhaupt von dem Homosexuellen der Naturwissenschaft abweicht. Letzterem Gedanken gibt auch *Liepmann* (64) einen klaren Ausdruck.

Ein ebenso einfaches wie billiges Heilmittel bei homosexuellen Neigungen lernen wir durch *Mader* (69) kennen, nämlich Fasten, vor allem hinsichtlich des Eiweißes und der Kohlehydrate; darum vermag oft das Gefängnis mehr als ärztliche Einwirkung. Weiter führe ich aus der Arbeit noch an: Bromkali unterdrückt die epileptischen Krämpfe durch Verschiebung der Blutstauungen aus der Gehirnhaut in die Gehirnrinde, wobei sich aus der Epilepsie Blödsinn entwickelt. Er hat nur durch lang dauernde Fastenkuren Zwangsvorstellungen von Neurasthenikern, melancholische Zustände (nach mehrjähriger Onanie), Wahnvorstellungen zurückgehen sehen.

An der Hand dreier selbst beobachteter Fälle verlangt *Hirschfeld* (36) die Verpflichtung der Hebammen, Fälle zweifelhaften Geschlechts dem Arzte zu melden, ferner standesamtliche Eintragung des männlichen Geschlechts aus wirtschaftlichen Gründen und Rücksichtnahme des BGB. auf das zweifelhafte Geschlecht im BGB.

Die Mitteilung *Jahrmärkers* (42) ist insofern von Interesse, als er in zwei Fällen zeigen konnte, wie der sexuelle Werdegang den Geschlechtstrieb ohne das Hinzutreten pathologischer Momente allmählich in ungewohnte Bahnen lenkte.

Auch *Dannemann* (12) betont gleich vielen Autoren nachdrücklich die Häufigkeit psychischer Störungen bei Sittlichkeitsverbrechern. Er bespricht der Reihe nach die Schwachsinnigen, Epileptiker und Epileptoiden, die psychopathisch Veranlagten, die Senilen und die im Beginn einer Psychose (Paralyse) Stehenden. Jeder Fall von Sittlichkeitsverbrechen in höherem Alter bedarf eingehender Untersuchung; die einfache Beobachtung im Untersuchungsgefängnis reicht nicht aus. [illegible]sche Untersuchung ist ferner erforderlich bei dem Nachweis erblich[illegible] Vergehen mit Tieren, bei

Verbrechen gegen weibliche Personen höheren Alters, bei wiederholten Delikten und dem Verdacht einer epileptischen Veranlagung. Gerade die Ausführungen *Dannemanns* über die Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen verdienen besondere Beachtung.

Geill (20) berichtet über zwölf von ihm begutachtete Exhibitionisten. Einer litt an Dementia senilis; die andern elf wurden verurteilt. Bei fünf lag chronischer Alkoholismus vor; diese waren auch im kritischen Augenblick berauscht, wenn auch nicht bis zur Unzurechnungsfähigkeit. Auch von den andern waren einzelne zur Zeit der Tat berauscht. Alle Exhibitionisten hatten gelegentlich oder ständig normalen Geschlechtsverkehr. Ganz normal sind die wenigsten Exhibitionisten; soweit sie nicht Alkoholisten sind, sind sie neurasthenisch, häufig auch stumpf.

Leers (61) kommt hinsichtlich der Häufigkeit geistiger Störungen bei Exhibitionisten zu einem ganz entgegengesetzten Resultat. Nur bei einem einzigen der elf Fälle, über die er berichtet, wurde die Zubilligung des § 51 verneint; in den andern Fällen wurde die Anwendbarkeit des genannten Paragraphen mit Sicherheit oder Wahrscheinlichkeit angenommen. Dreimal handelte es sich um epileptiforme Erscheinungen, viermal um Imbezillität bzw. um degenerative Störungen, dreimal um pathologischen Rausch. Auch bei dem Zurechnungsfähigen bestand eine gewisse Minderwertigkeit. Die Bestrafung derartiger Personen ist zwecklos, da sie fast immer rückfällig werden; die Zubilligung mildernder Umstände ist für die Gesellschaft geradezu ein Nachteil. Vielfach wäre die gesetzliche Einweisung zu einem Heilverfahren am Platze. In jedem Falle ist aber ärztliche Beobachtung und Begutachtung erforderlich.

Der von *Claren* (8) geschilderte Fetischist hatte eine besondere Vorliebe für waschbare Schürzen, Kleider und Blusen. Grobe sexuelle Beziehungen bestanden bei dem geschlechtlich indifferenten Menschen nicht. Wer der Besitzer der Kleidungsstücke war, war für ihn völlig belanglos. Das ganze Streben des Mannes ging dahin, die von ihm zärtlich geliebten und mit allen möglichen Kosenamen belegten, mit Küssen behandelten Gegenstände vor Verunglimpfung und Beschädigung zu schützen. Der Kranke suchte sich diese Sachen auf jede nur mögliche Weise zu beschaffen. Obwohl er keine Mittel hatte, machte er zweimal den Versuch, ein Rittergut zu erwerben; er konnte sich dann in der Einsamkeit ungestörter als sonst an dem Anblick der von seiner Frau und Adoptivtochter getragenen Waschkleider erfreuen. Er hatte nur deshalb geheiratet, um jemanden in seiner Nähe zu haben, der ihn durch das Tragen seiner Lieblingsschürzen erfreuen könnte. Durch einen Gutskauf dachte er ständiges Mitglied des Herrenhauses zu werden und als solches wollte er das Verbot der Anfertigung und des Verkaufs waschbarer Kleider auf dem Wege der Gesetzgebung erwirken. Hierin sah er das einzige Mittel die von ihm geliebten Kleider vor Beleidigung und Mißhandlung wirksam zu bewahren. *Claren* erklärte ihn für geistesschwach im Sinne des BGB.

Ein Fabrikarbeiter, über den *Kersten* (47) berichtet, brach mehrfach in einen Keller ein, lediglich um von dort aus einem auf einem Eisenrost stehenden Mädchen unter die Röcke sehen zu können.

Luckinger (68) teilt einen früher bereits publizierten Fall von Lustmord mit. Aber auch hier handelt es sich nicht um einen eigentlichen Lustmord; den der Mörder hatte sein Opfer nach seinem sexuellen Mißbrauch per femora mit den Händen erwürgt aus Furcht vor Entdeckung. Zur Erklärung der Aufschlitzung des Leibes und der Entnahme von Organen führt der Täter die abergläubische Vorstellung an, man könne sich mit den getrockneten und zu Pulver zerriebenen Eingeweiden eines Kindes unsichtbar machen und durch Beimischung solchen Pulvers zu Speisen und Getränken die Gunst der davon genießenden Frauenspersonen erwerben.

Bei 172 Fällen von Unzucht mit Tieren fand *Haberda* (26) nur zwei Mädchen; fast die Hälfte der Täter war unter 20 Jahre alt. Meist handelt es sich um beischlafähnliche Akte. Die meisten männlichen Täter benutzten weibliche Tiere. Zwei junge Burschen ließen sich von Hunden per anum gebrauchen. Nur in wenigen Fällen wurde die geistige Gesundheit des Täters angezweifelt. Vielfach wurde aber mangelhafte Erziehung und geringer Intellekt zugunsten einer milderen Beurteilung angeführt. Zu erwähnen sind bei der Ätiologie dauerndes oder vorübergehendes Fehlen von Gelegenheit zum normalen Geschlechtsverkehr, der Aberglaube, so von einer Geschlechtskrankheit geheilt zu werden, und die Alkoholwirkung. Die sexuellen Neigungen waren sonst meist normal.

Juquelier (45) betont, daß es begreiflich und verständlich sei, warum die Kasuistik auf dem Gebiete des Masochismus so spärlich ist. Er gibt eben selten zu gerichtlichem Einschreiten Anlaß. Ohne weiteres wird keiner diese seine sexuelle Anomalie bekunden; aber die Polizei erfährt hier oft mehr, und es ist gewiß kein Zufall, daß der Vater von Sacher Masoch Chef der Polizei in Galizien war.

Rohleder (89) beschreibt an zwei Fällen eine neue Form des Geschlechtstriebes, den Automonosexualismus, der auf das Individuum selbst, und zwar auf dieses einzig und allein, gerichtet ist. Der Betreffende ist zugleich Mittel und Zweck, Ausgangspunkt und Endziel des sexuellen Triebes; der eigene Körper, und nur dieser allein, stellt das sexuell erregende Moment dar, ohne jeden homosexuellen Hintergedanken. Auch im Traumleben findet keine Annäherung irgendwelcher Art an andere Personen statt; also ein verkörperter Egoismus auf sexuellem Gebiete. Die Erscheinung ist krankhaft, ein degenerativer Prozeß von größerer Schwere als die Homosexualität und als Funktionsdefekt, nicht als Funktionsanomalie aufzufassen. Bei dem einen der beiden Fälle war der höchste sexuelle Genuß die Selbstbetrachtung im Spiegel, bei dem andern wirkt das Gefühl des warmen Penis am Körper oder die Betrachtung der eigenen Genitalien auf dem Abort oder im Bade.

Miller (72) gibt allgemeine Ausführungen über Prostitution nach der historischen, rechtlichen, medizinischen und sozialen Seite. Trotz vieler Bedenken gegen Bordelle, die auch vor allem durch den bekannten Prozeß Risch jüngst neue Nahrung erfahren haben, spricht er sich, wenn auch recht vorsichtig, eher zugunsten des Konzentrationssystems als der Einzelprostitution aus. Die Jugend ist frühzeitig über sexuelle Krankheiten zu belehren.

Hübner (38) konnte 66 Prostitui[illegible] Herberge beobachten; auch nach ihm spielt bei der Prostitution der Al[illegible] Rolle. Die krimi-

nelle Veranlagung ist, abgesehen von der Neigung, gegen die sittenpolizeilichen Vorschriften zu verstoßen, nur gering, da es an der dazu nötigen körperlichen und geistigen Gewandtheit fehlt. Zwei Drittel waren bei Stellung unter polizeiliche Aufsicht in höherem oder geringerem Grade geisteskrank. Eine Reform der strafrechtlichen und polizeilichen Behandlung der gewerbsmäßigen Unzucht ist auch vom psychiatrischen Standpunkte notwendig.

Siefert (102) berichtet in seiner auch psychiatrisch sehr interessanten Arbeit über 83 Fälle von Geistesstörungen in der Strafhaft. Er trennt das Material in zwei grundsätzlich verschiedene Gruppen. Die eine ist bedingt durch Anlage und Haftschädigung und enthält ungemein verschieden gestaltete, aber doch wesensgleiche Formen der degenerativen Geistesstörungen. Ihre Träger sind meist Gewohnheitsverbrecher. Geistige Erkrankung und Kriminalität wachsen auf demselben Boden der degenerativen Anlage. Ihr gegenüber stehen die echten, aus inneren, organischen Ursachen entstandenen, durch die Haft kaum beeinflußten Psychosen, die oft verkannt werden und zu einer unberechtigten Bestrafung führen. Sie finden sich im Gegensatz zur ersten und größten Gruppe selten bei Gewohnheitsverbrechern. Eine Gefängnispsychose im Sinne einer klinischen Entität gibt es nicht. Wegen der Schlußfolgerungen und der mannigfachen, praktischen und kritischen Bemerkungen sei auf das lesenswerte Original nachdrücklich verwiesen.

Nach einer kritischen Besprechung der Arbeiten von *Rüdin* und *Bonhoeffer* berichtet *Ricklin* (87) über Gefängnispsychosen, die in Rheinau und Zürich zur Beobachtung gelangt sind. Er unterscheidet Psychosen der Strafhaft und Untersuchungshaft, die einen ganz verschiedenen Komplex haben. Typisch für die Untersuchungsgefangenen ist der *Ganser*sche Dämmerzustand, der meist auf dem Boden der Hysterie entsteht. Er kommt auch bei Nichtkriminellen vor, ist also kein Beweis der Simulation. Der Kranke simuliert vielmehr sich selbst etwas vor, geleitet von dem Wunsche, von dem Delikt und dessen Folgen nichts wissen zu wollen; der Gedanke des Nichtwissenwollens wird durch die Art der Untersuchung suggeriert und unterhalten. Der akute, halluzinatorische Verfolgungswahn *Rüdins* läßt den Komplex der Strafhaft deutlich erkennen. Eine dritte Gruppe von Psychosen entsteht mit oder nach Entlassung aus der Haft. *Ricklin* verlangt Anstellung eines Psychiaters an allen Gefängnissen und Errichtung einer Anstalt für gefährliche Kranke, gleichgültig, ob sie vorher kriminell gewesen sind oder nicht.

Die drei von *Siefert* (101) mitgeteilten Lebensläufe zeigen, wie lange geistige Störungen bei den Kriminellen oft übersehen und verkannt werden.

Allgemein verständlich und sehr warm bespricht *Prinz Emil von Schönaich-Carolath* (96) die sozialen Ursachen des Verbrechens und vor allem die mangelhafte Fürsorge für die entlassenen Gefangenen. Gerade dem gebildeten Gefangenen wird eine Rehabilitation oft unmöglich gemacht, wie im Nachwort *Seyfarth*, Pastor am Hamburger Zentralgefängnis, betont. Hier soll der Deutsche Hülfsverein für entlassene Gefangene einsetzen, der dem Entlassenen, wenn er sich während einer sechsmonatigen Probezeit in Hamburg bewährt hat, eine Stelle im Auslande verschafft. Die bisherigen Resultate sind zufriedenstellend. Leider fehlt es auch hier an Geld; jeder einzelne Versuch kostet etwa 1000 M.

Die Einrichtung von Gefängnislehrkursen war Gegenstand einer eifrigen Diskussion in der Hessischen Vereinigung für gerichtliche Psychiatrie (9). Die Vereinigung erkannte die Notwendigkeit an, die Juristen und die zum Staatsdienst bestimmten Ärzte mit der Bedeutung der Strafe, dem Wesen und der Verhütung des Verbrechens vertraut zu machen. Neben den praktischen, etwa zehn bis vierzehn Tage dauernden Kursen sollen, um den Ausführungen *Clements* zu folgen, auch theoretische Vorlesungen in der Gefängniskunde auf den Universitäten gehalten werden.

Marx (71) bespricht die neuesten Arbeiten über die Verbrechensmotive und berücksichtigt besonders die bekannten Monographien von *Aschaffenburg*, *Sommer* und *Hans Groß*. Er erörtert schließlich kurz die Bedeutung der Assoziationsexperimente für die kriminalistische Praxis. Es ist sehr erfreulich, daß durch Artikel wie den vorliegenden das Interesse und Verständnis für unsere Arbeit auch in weiteren ärztlichen Kreisen geweckt wird.

Groß (22) stellt sich die Aufgabe, durch die Tatbestandsdiagnostik zu ermitteln, wer von drei untersuchten Versuchspersonen in einem bestimmten Raume gewesen ist. Er bespricht die Technik und die einzelnen Komplexmerkmale des genaueren hinsichtlich ihrer Bedeutung und Fehlerquellen. Detaillierte Protokollierung der Selbstbeobachtung ist sehr wünschenswert. Perseveration kann durch mangelhaftes Versuchsverfahren vorgetäuscht werden. Gleich *Jung* findet er Fehler bei der Reproduktion von kritischen Reaktionen, deutet sie aber anders. Die Methode gestattet nach seinen Ergebnissen die Unschuld zu konstatieren; sie könnte im Ermittlungsverfahren angewendet werden, um den ungerechtfertigterweise Angeschuldigten zu entlasten.

Hoegel (37) macht auf die vielen Irrtümer aufmerksam, die bei der Anwendung der Tatbestandsdiagnostik im Strafverfahren bestehen. Sie kommt daher für die Praxis nicht in Betracht. Zwar kann sie den Schuldigen durch eine fortgesetzte Reihe von Reizworten zum Selbstverrat bringen, aber ein solches Vorgehen ist verwerflich und gleicht der Tortur. Auch *Heilbronner* (30) warnt auf Grund theoretischer Erörterungen und praktischer Ausführungen, die sich an eigene Versuche anschließen, vor der Anwendung der Tatbestandsdiagnostik in der Strafrechtspflege.

Görres (21) macht in der Deutschen Juristen-Zeitung den beachtenswerten Vorschlag, die psychologischen, kriminalistischen und juristischen Vereinigungen Deutschlands zu einem großen Verbande zwecks wissenschaftlicher Erforschung der Erinnerungstäuschung zu verschmelzen.

Scheptelitsch-Cherzesko (94) hatte einen 35 jährigen Mann zu begutachten, der seine Mutter erschlagen hatte. Es bestand völlige Amnesie für die im pathologischen Affektzustande verübte Tat. Es erfolgte Freisprechung. Einige Monate später tauchte plötzlich, nachdem der Inkulpat nachts im Traume die Mutter tot erblickt hatte, die Erinnerung an das Geschehene auf. Er wußte nun, daß er die Mutter getötet hatte. (*Voß*.)

Ausgehend von einem Vorfall in einem neueren Mordprozeß verlangt *Groß* (23), daß die Zeugenprüfung nicht von einem Psychologen von Fach, sondern

von einem psychologisch unterrichteten Juristen in der stillen Amtsstube vorgenommen werden soll.

Ein Dienstmädchen bezichtigte sich des Einbruchs und Diebstahls bei seiner eigenen Herrschaft auf deren eindringliches Einreden und nach der Vernehmung durch den Schutzmann, der ihm auf den Kopf zusagte, er halte es für schuldig. Durch das Zeugnis des andern Dienstmädchens wird die Unschuld bewiesen; also Vorsicht auch bei dem Zugeständnis! (*Kroch* 55.)

Ein Mann hielt eine Selbstmörderin im Affekt für seine Frau, mit der er kurz vorher Streit gehabt hatte, obwohl sie nicht die geringste Ähnlichkeit mit ihr hatte. Besonders auffallen muß noch die weitere Tatsache, daß auch gemütlich weniger Beteiligte in denselben Irrtum verfielen. (*Hellwig* 32.)

IV. Zivilrechtliche Psychiatrie.

1. *Bonhoeffer, K.*, Benommenheit und Handlungsfähigkeit. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 8. (S. 56*.)
2. *Cimbal*, Die Entmündigung wegen Trunksucht. Zeitschr. f. Med.-Beamte. (S. 56*.)
3. *Kreuser*, Testamentserrichtung und Testierfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfr. IV, 7 u. 8. (S. 57*.)
4. *Leppmann, A.*, Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 13. (S. 57*.)
5. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. Material zu § 1569 BGB. Nr. 41, S. 379. (S. 56*.)
6. *Schmoller*, Testamentserrichtung und Testierfähigkeit. Jur.-psych. Grenzfr. IV, 7 u. 8. (S. 57*.)

Die Entmündigung wegen Trunksucht wird einer eingehenden Besprechung durch *Cimbal* (2) unterzogen. *C.* hebt hervor, daß sie gegenüber der großen Zahl von Trunksüchtigen eine sehr geringe Rolle spielt. Zudem wird sie auch meist zu spät verhängt. Die Heilung der Trunksucht muß energisch angestrebt werden; hierzu bedarf es der Errichtung von Anstalten für Trunksüchtige, die hinsichtlich der asozialen Trinker mehr Bewahrungs- als Heilanstalten sind.

Bonhoeffer (1) berichtet über einen interessanten Rechtsstreit. Er weist darauf hin, daß bei Benommenen die Aufmerksamkeitsleistung wächst, wenn man sich mit ihnen beschäftigt, oder individuelle, besonders gefühlsstarke Vorstellungsgebiete anregt. Dann ist der Kranke auch in der Lage, einen innerlich fertigen, schon lange vorhandenen Entschluß rechtsgültig auszuführen; bedarf es aber einer neuen Entscheidung mit Abwägung von Gründen und Gegengründen, so ist für den Gutachter größte Vorsicht geboten. (Diese Zeitschrift S. 196.)

Das Reichsgericht (5) betont in der mitgeteilten Entscheidung einmal, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit nur im Falle des



Vorliegens von Geisteskrankheit, nicht bei der bloßen Geistesschwäche (§ 6,1) Platz greift. Das Gesetz spricht weiterhin nicht von ehelicher, sondern von geistiger Gemeinschaft, die mehr verlangt als das bloße Zusammenleben der Eheleute, nämlich eine Gemeinschaft, bei der die Eheleute zu gemeinsamem Denken und Fühlen befähigt sind.

Kreuser (3) erstattet ein psychiatrisches, *Schmoller* (6) ein juristisches Referat über die Testamentserrichtung und die Testierfähigkeit. *Kreuser* tritt für eine Erschwerung bei erheblichen Abweichungen von der gesetzlichen Erbfolge ein, etwa in der Form des Zwanges einer besonderen Begründung. *Schmoller* verweist auf die einem solchen Vorschlage entgegenstehenden Bedenken; der Testator möchte seine Motive mit Rücksicht auf sich, die Intestaterben oder die Bedachten der Nachwelt vorenthalten. Sehr beachtenswert ist der Rat *Schmollers*, bei einer Meinungsverschiedenheit zwischen Sachverständigen und Gericht den Sachverständigen persönlich zu vernehmen, und zwar in einem möglichst frühen Prozeßstadium.

Leppmann (4) macht in seiner Studie über die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen darauf aufmerksam, daß Zwangsvorstellungen von einer eigensüchtigen Umgebung bei letztwilligen Verfügungen geschickt ausgenutzt werden können.

V. Irrenrecht.

1. *Bourdin, V.*, La revision de la loi du 30 juin 1838. Archives de Neurologie. Févr. et mars. (S. 59*.)
2. *Braun, C.*, Die gesetzlichen Vorschriften über die Unterbringung von Geisteskranken in den Württembergischen Staats- und Privat-Irrenheilanstalten. Stuttgart. W. Kohlhauer. (S. 59*.)
3. *Braune*, Über die Bedingungen der Aufnahme von Untersuchungsgefangenen in die preußischen öffentlichen Irrenanstalten gemäß § 81 StPO. bzw. § 267 MStPO. Psych.-Neur. Woch. Nr. 29. (S. 59*.)
4. *Hoppe*, Die strafrechtliche Verantwortung von Anstaltsinsassen. Monatsschr. f. Kriminalpsych. III, 10. (Vgl. diese Zeitschr. S. 156.) (S. 59*.)
5. *Kroemer*, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Diese Zeitschr. S. 980.
6. *Kunowski, von*, Die Entlassung geisteskranker Rechtsbrecher aus Irrenanstalten. Diese Zeitschr. S. 125.
7. *Kunowski, von*, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher als Verwaltungsfrage. Psych.-Neur. Woch. Nr. 23. (S. 60*.)
8. *Landauer, E.*, Irrenpflege und Recht. Der Fall der Prinzessin



Luise von Sachsen-Koburg und Gotha und die Irrenpflege. Med.-Corresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins Nr. 7, Bd. LXXVII. (S. 60*.)

9. *Maupaté*, Quels sont les aliénés que la loi préscrit ou permet d'interner? L'Informateur des Aliénistes et des Neurologistes. Nr. 3.

10. *Näcke*, Adnexe an Gefängnissen für geisteskranke Verbrecher. Psych.-Neur. Woch. IX, 19. (S. 60*.)

11. *Nolte, P.*, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und wegen Geisteskrankheit Freigesprochener in den außerdeutschen Staaten. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 7, S. 233. (S. 60*.)

12. *Raimann, Emil*, Die Behandlung und Unterbringung der geistig Minderwertigen. Jahrb. f. Psych. XXVIII. (S. 60*.)

13. *Rixen, P.*, Ist den wegen Geisteskrankheit aus Strafanstalten in Irrenanstalten übergeführten Gefangenen die Zeit ihres Aufenthaltes in den Irrenanstalten auf die Strafzeit anzurechnen? Psych.-Neur. Woch. Nr. 26. (S. 59*.)

14. *Spliedt*, Soll einem Strafgefangenen der Aufenthalt in der Irrenanstalt auf die Strafzeit angerechnet werden? Psych.-Neur. Woch. Nr. 30. (S. 59*.)

15. *Sternberg, Moritz*, Zwei österreichische Gesetzentwürfe betr. Bestimmungen zur Hintanhaltung der Trunksucht und Errichtung öffentlicher Trinkerheilanstalten. Monatschr. f. Kriminalpsych. III, 7.

16. *Türkel*, Die Reform des österreichischen Irrenrechts. Deuticke. Leipzig-Wien. 153 S. 4 M. (S. 59*.)

17. *Vollmer*-Simmern, Unterbringung von Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Zeitschr. f. Med.-Beamte. Vers.-Bericht VI, S. 103. (S. 59*.)

18. *Wyler, Marcus*, Dr. jur., Über die Garantien der Freiheitsrechte bei den in Anstalten befindlichen oder unterzubringenden Geisteskranken. Halle. C. Marhold. (S. 58*.)

Wyler (18) bespricht an der Hand eines sehr großen Materials die in den verschiedenen Ländern bestehenden Vorschriften über Aufnahme und Entlassung Geisteskranker aus Anstalten und erörtert auch die dem Kranken während seines Anstaltsaufenthalts zustehenden Rechte. Auch *Wyler* befürwortet möglichste Erleichterung der Aufnahmen und eine Kontrolle der Anstaltsinsassen. Die Durchsicht der Arbeit zeigt, wie verschiedenartig die Vorschriften sind, die *Wyler* dankenswerterweise zusammengetragen hat.



Braun (2) stellt übersichtlich alles das zusammen, was sich auf die Aufnahme, Verpflegung und Entlassung Geisteskranker in den staatlichen und Privatirrenheilanstalten Württembergs bezieht. Er fügt auch noch gesetzliche Vorschriften und Bestimmungen hinzu, die für die Irrenfürsorge wichtig sind.

In Frankreich soll mal wieder ein Irrengesetz geschaffen werden. An dem vorliegenden Entwurf von Delbief übt *Bourdin* (1) eine strenge Kritik und bemängelt vor allem, daß auch dieser Entwurf gar zu sehr von der Furcht vor unberechtigter Einsperrung diktiert ist.

Die Arbeit *Türkels* (16) enthält eine sorgfältige Zusammenstellung und kritische Wiedergabe des gesamten Materials zu der österreichischen Irrengesetzgebung, zu deren Reform die Vorarbeiten im Gange sind. Die Verhandlungen, Berichte und Gutachten über die verschiedenen Fragen beanspruchen allgemeines Interesse und verdienen Berücksichtigung überall da, wo auf diesem Gebiete gearbeitet wird. (*Voss*-Greifswald.)

Der Kreisarzt soll nach den Ausführungen von *Vollmer* (17) alle Geisteskranken seines Kreises, gleichgültig, ob sie in der eigenen oder fremden Familie untergebracht sind, jedes Jahr gelegentlich revidieren und außerdem möglichst viele auf einer ad hoc veranstalteten Reise.

In Westpreußen genehmigt der Landeshauptmann nach der Mitteilung von *Braune* (3) die Aufnahme eines Untersuchungsgefangenen zum Zwecke der Beobachtung nur dann, wenn 2 Anstaltsärzte mit der Erstattung des Gutachtens beauftragt werden und diese so viele Vorbesuche machen dürfen, als ihnen notwendig erscheint.

An der Hand von kasuistischem Material erörtert *Hoppe* (4) die praktisch wichtige Frage, ob die Begriffe Anstaltspflegebedürftigkeit und strafrechtliche Unzurechnungsfähigkeit sich decken. Mit Recht verneint er die Frage. Auch er verlangt für die Zukunft die Errichtung von Instituten, die zwischen Irrenhäusern und Korrektionsanstalten in der Mitte stehen. (Vgl. diese Zeitschrift 1908, S. 156.)

Die Gerichte nehmen zu der Frage, ob der Aufenthalt in Irrenanstalten auf die Strafzeit angerechnet werden darf, eine ganz verschiedene Stellung ein, wie dies aus den von *Rixen* (13) mitgeteilten Entscheidungen auf das deutlichste erhellt. *Rixen* wünscht daher berechtigterweise eine einheitliche Regelung. Aus formellen und materiellen Gründen muß die Anrechnung des Aufenthalts in Irrenanstalten erfolgen. *Spliedt* (14) wendet sich gegen diesen Vorschlag *Rixens*, weil er von seiner Durchführung eine Zunahme der Simulation und Übertreibung sowie Überfüllung der Irrenanstalten mit minderwertigen Elementen befürchtet. Mit diesen Gegengründen kann aber kaum der Vorschlag *Rixens* bekämpft werden, dessen Berechtigung schon früher mehrfach von psychiatrischer Seite hervorgehoben ist.

Für gemeingefährliche Minderwertige, die weder in die Irrenanstalten noch in die Strafanstalten passen, sind besondere Zwischenanstalten mit den nötigen Sicherheitsmaßregeln, einem sich anschließenden System

ländlicher Kolonien und einer sachverständigen ärztlichen Aufsicht zu errichten. Die Dauer der Verwahrung wird diktiert von der Rücksicht auf die öffentliche Sicherheit und das eigene Interesse. Die Entlassung wie die Unterbringung darf nur auf richterliche Entscheidung erfolgen. Zu diesen Schlüssen kommt *Raimann* (12) in seiner lesenswerten Broschüre, der nur zwischen Gesunden einerseits und Minderwertigen und Kranken andererseits unterschieden wissen will.

Näcke (10) bekämpft *Collin*, der eine Lanze für besondere Anstalten für geisteskranke Verbrecher bricht, und tritt, wie auch früher, für Gefängnisadnexe ein. Die damit in Preußen gemachten Erfahrungen geben alle Aussicht auf weitere Ausbreitung dieses Systems. *Näcke* verlangt Bewahrung bis zum Eintritt der Harmlosigkeit und Entlassung der Harmlosen in eine Irrenanstalt, Unterbringung gefährlicher, nicht krimineller Kranker in besonderen Räumen, Einführung von Garten- und Feldarbeit, Leitung der Anstalt durch den Psychiater.

Die Art der Absonderung geisteskranker Verbrecher aus der allgemeinen Irrenpflege wird nach *Kunowsky* (7) wesentlich von verwaltungstechnischen Rücksichten bestimmt und gestaltet sich dementsprechend anders in den Staaten mit einheitlicher Verwaltung.

Nolte (11) gibt eine interessante Übersicht über die Art und Weise, wie nichtdeutsche Staaten ihre kriminellen Irren versorgen. Danach haben sich Adnexe an Irrenanstalten nicht bewährt. Am meisten empfiehlt sich eine Kombination von Adnexen an Strafanstalten (für die Dauer der Strafzeit) sowie von Spezialasylen (für die geisteskranken Verbrecher nach Ablauf der Strafzeit und für die verbrecherischen Irren, solange sie gemeingefährlich sind).

Daß die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg-Gotha infolge Schwachsinns ihre Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, hält auch *Landauer* (8) für erwiesen. Aber ganz unabhängig davon ist die weitere Frage, ob in dem vorliegenden Falle „die Anwendung der Zwangsmittel von Irrenanstalten und das Aufbieten öffentlicher Gewalten zur Ordnung einer Familienangelegenheit" angebracht war. *Landauer* hat sicher Recht, wenn er sagt, diese Frage habe die Öffentlichkeit mehr erregt als die Frage der Entmündigung, und deshalb wäre es zweifellos richtiger gewesen, wenn auch die Frage der zwangsweisen Anstaltsbehandlung in den ärztlichen Gutachten ausführlicher erörtert worden wäre, als es geschehen ist. Ein öffentliches Interesse an der Anstaltsverwahrung lag nicht vor; also mußte sie sich aus dem Privatrecht rechtfertigen lassen. Bestand die Gefahr für die Prinzessin allein in der befürchteten Einwirkung des Mattachich, so konnte von einer solchen nicht die Rede sein, solange dieser in der Strafanstalt interniert war. *Landauer* bestreitet überhaupt die Berechtigung der Anstaltsunterbringung der Prinzessin. Ob mit Recht, mag dahingestellt bleiben. *Kreuser* verteidigt die Psychiater gegen die in dem genannten Artikel gemachten, auch nach des Ref. Erachten unberechtigten Vorwürfe. Die ganze weitere Diskussion zeigt, wie schwer es ist, eine volle Einigung zwischen Rechtsnorm und naturwissenschaftlichen Anschauungen herzustellen.

VI. Psychiatrie und soziale Gesetzgebung.

(Traumatische Psychosen.)

1. *Becker, Theodor*, Beitrag zur Lehre von der Simulation und Aggravation bei traumatischer Neurose. Inaug.-Diss. Kiel 1906. (S. 65*.)
2. *Becker*, Untersuchungen über Simulation bei Unfallsnervenkranken. Diese Zeitschr. S. 503.
3. *Chalupecky, Heinrich*, Die Augensymptome bei der traumatischen Neurose. Wien. klin. Rundschau 19—26. (S. 65*.)
4. *Cramer*, Unfall und Paralyse. Zeitschr. f. Med.-Beamte Nr. 23, S. 782. (S. 66*.)
5. *Grober, J.*, Einführung in die Versicherungsmedizin. Jena. G. Fischer. (S. 63*.)
6. *Hillenberg*, Zur Begutachtung von Unfallverletzten. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 14.
7. *Hoche*, Die klinischen Folgen der Unfallgesetzgebungen. Mendel. S. 625. (S. 64.*)
8. *Hoche, A.*, Notwendige Reformen der Unfallversicherungsgesetze. Hochesche Sammlung VII, 8. C. Marhold.
9. *Jellinek, S.*, Pathologie, Therapie und Prophylaxe der elektrischen Unfälle. Deutsche med. Woch. Nr. 10, 11. (S. 64*.)
10. *Kaufmann, C.*, Handbuch der Unfallmedizin. Dritte, neu bearbeitete Auflage. Stuttgart. F. Enke. I. Hälfte. 14 M. (S. 62.)
11. *Ledderhose*, Ärztliche Gutachten und Rentenänderung. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 19. (S. 64*.)
12. *Leers*, Über die Beziehungen der traumatischen Neurosen zur Arteriosklerose. Viertelj. f. gerichtl. Med. Suppl. S. 229. (S. 65*.)
13. *Lipauer, Arthur*, Über Rentenneurasthenie und ihre Bedeutung für das Versicherungswesen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 18.
14. *Mann, Lud.*, Über das „Beamtenfürsorgegesetz“ und seine Ausführung, insbesondere mit Bezug auf gewisse, den Unfallnervenkranken daraus erwachsende Schädigungen. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1907, Nr. 2—4. (S. 66*.)
15. *Mendel, Kurt*, Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. V, VI. (S. 65*.)

16. *Merzbacher*, Einige statistische Bemerkungen über Unfallneurosen. Diese Zeitschr. S. 168.
17. *Meyer*, *E.*, Hysterie und Invalidität. Deutsche med. Woch. Nr. 6. S. 211. (S. 66*.)
18. *Meyer*, *E.*, Die pathologische Anatomie der Paralyse in ihrer Bedeutung für die forensische und Unfallspraxis. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 7. (S. 66*.)
19. *Pietrzikowski*, *Ed.*, Die Begutachtung der Unfallverletzten. Berlin. H. Kornfeld. (S. 63*.)
20. *Rumpf*, Über Krankheitssimulation bzw. -dissimulation und ihre Entlarvung in der inneren Medizin. Deutsche med. Woch. Nr. 24.
21. *Schott*, Aus der Unfallpraxis. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23.
22. *Seiffer*, Alkohol, Unfall und progressive Paralyse. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 16.
23. *Tintemann*, Querulatorische Psychose im Zusammenhang mit der Arbeiterversicherung. Münch. med. Woch. Nr. 30, S. 1479.
24. *Thiem*, *C.*, Die Stellungnahme der Ärzte als Gutachter bei der Ausführung der Arbeitergesetze. Deutsche med. Woch. Nr. 27. 40—41. (S. 63*.)
25. *Vulpius*, *Oskar* und *Ewald*, *Paul*, Der Einfluß des Trauma bei latenten und offenbaren Rückenmarks- und Gehirnkrankheiten. Würzb. Abh. VII, 6. A. Stüber. (S. 65*.)
26. *Weber*, *L. W.*, Echte traumatische Psychose mit tötlichem Ausgang. Ärztl. Sachv.-Ztg. 1907, Nr. 2. (S. 66*.)
27. *Weber*, Über Unfallpsychosen. Deutsche med. Woch. S. 1517.
28. *Windscheid*, Die klinischen Eigentümlichkeiten der Unfallneurosen. Mendel. S. 626. (S. 64*.)
29. *Wolff*, Das Prinzip der Gewöhnung nach Unfallverletzungen. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 23. (S. 64*.)

Im Berichtsjahre sind 3 Lehrbücher der Unfallheilkunde, zum Teil in neuer Auflage, erschienen. Ref. stand das *Becker*sche Lehrbuch nicht zur Verfügung. Das Handbuch von *Kaufmann* (10), das dem Ref. schon aus seiner früheren 2. Auflage als guter Führer bekannt war, ist in 3. und sehr erweiterter Auflage erschienen. Die *Kaufmann*sche Bearbeitung zeichnet sich vor anderen Arbeiten dadurch aus, daß sie auch die österreichische, schweizerische, und französische Arbeiterversicherung berücksichtigt und weiterhin die private Unfallversicherung heranzieht. Ein ungeheures Material der mannigfachsten Entscheidungen

ist kritisch verwertet. Bisher ist erst die erste Hälfte des Handbuchs erschienen, die den allgemeinen Teil sowie die Unfallverletzungen enthält. Ref. verweist besonders auf die Ausführungen über den Begriff des Unfalls, über das betrügerische Verhalten des Versicherten und über die Begutachtung. Der spezielle Teil ist vorwiegend von chirurgischem Interesse; die traumatischen Neurosen und Psychosen, die den Leser dieser Zeitschrift vor allem interessieren, werden erst in der zweiten Hälfte ihre Bearbeitung finden. Deren baldiges Erscheinen ist in Aussicht gestellt, und Ref. wird dann noch darauf zurückkommen.

Pietrzikowski (19) hat einen Leitfaden zur Untersuchung und Beurteilung Unfallverletzter herausgegeben, der sich freilich auf die österreichische Gesetzgebung bezieht. Der allgemeine Teil, der die gesetzlichen Bestimmungen über den Begriff des Unfalls wie seine Beziehung zu den Gewerbekrankheiten bespricht, ist bereits 1904 erschienen. Jetzt liegt auch der II., ausführlicher gehaltene besondere Teil vor. Natürlich werden auch die nervösen und psychischen Folgen der Verletzungen eingehend besprochen; der Unfallneurosen ist ein besonderes Kapitel gewidmet, in dem sich *V. Oppenheim* und *Bruns* anschließt. Hinsichtlich der traumatischen Psychosen verweist Verf. auf die einschlägige Spezialliteratur.

Grober (5) gibt in der Form akademischer Vorlesungen eine klare und ansprechende Einführung in die 3 Versicherungsgesetze und berücksichtigt auch die private Unfallversicherung, die Haftpflichtversicherungen und Lebensversicherungen. Er berücksichtigt besonders die praktischen Aufgaben, vor die der Arzt als behandelnder und begutachtender Arzt gestellt wird. Ref. möchte aber, um diesen einen Punkt hervorzuheben, bezweifeln, ob die Ausnahmestellung, welche die durch Trunkfälligkeit entstandenen Leiden im Krankenversicherungsgesetze einnehmen, berechtigt und „im Interesse des Volkswohls und im Interesse der Verbesserung der öffentlichen Moral nur mit großer Freude zu begrüßen" ist. Hoffentlich wird diese Bestimmung beseitigt, wie ja auch geschlechtliche Ausschweifungen und deren Folgen nicht mehr, wie es früher geschah, zur Entziehung der Fürsorge berechtigen. Ob das ungünstige Urteil über Nervenheilstätten zutrifft, erscheint Ref. zweifelhaft.

Thiem (24) gibt eine Reihe wertvoller und praktisch wichtiger Ratschläge für den Arzt als Gutachter bei der Ausführung der Arbeitergesetze. Das Gutachten soll vor allem übersichtlich, klar und verständlich geschrieben sowie vollständig sein. Die „Gewöhnung an den Zustand" spielt eine zu große Rolle; auch die Simulantenriecherei hat in der letzten Zeit wieder zugenommen. Rentenkürzung oder gar Rentenentziehung als Heilmittel anzuwenden, ist unberechtigt und ist ebensowenig angebracht bei Nervenkranken, wenn deren Zustand nicht die unmittelbare Folge des Unfalls, sondern deren eigenen und schuldhaften Verhaltens sei. Der Artikel enthält viele Einzelbemerkungen, die nicht zu referieren sind und die die Beachtung der Arbeit sehr wünschenswert machen.

Nach dem Unfallversicherungsgesetz kann eine anderweitige Feststellung der Unfallrente nur durch eine Änderung der maßgebenden Verhältnisse bedingt werden. Zu den Verhältnissen gehört nach der

Entscheidung des Reichsversicherungsamt der Befund über die Erwerbsfähigkeit. Die Feststellung des Befundes ist ärztliche Aufgabe. Die Änderung der Erwerbsfähigkeit, soweit sie durch eine Gewöhnung an die Folgen des Unfalls ohne Änderung von dessen anatomischen Folgen veranlaßt ist, kann nur durch berufliche Sachverständige ermittelt werden. Daher sollte überall da, wo Gewöhnung in Frage kommt, eine gemischte Kommission, die aus ärztlichen und beruflichen Sachverständigen besteht, die Entscheidung treffen (*Wolff* 29).

Ledderhose (11) bemängelt die unrichtige Verwertung ärztlicher Urteile für die Begründung der Herabsetzung einer Rente und warnt davor, bei der Feststellung der Arbeitsleistung Unfallverletzter nichtärztliche Daten zu benutzen, die häufig genug unzuverlässig seien und von uns nicht nachgeprüft werden können.

Jellinek (9) gibt eine gute Übersicht der durch technische und atmosphärische Elektrizität verursachten Schädigungen. Besonders die ersteren sind von Bedeutung. Nicht nur die Stromspannung, auch die Stromrichtung. Einwirkungszeit, Widerstand und andere individuelle Verhältnisse sind zu beachten. Bei den Symptomen muß man unterscheiden örtliche und allgemeine, sofort und später auftretende. Die meisten elektrischen Unfälle gehen mit Bewußtseinsstörung einher. Gerade die späteren Symptome mahnen zur Vorsicht bei der Stellung der Prognose; die Wiederbelebungsversuche sollen lange fortgesetzt werden. Die Prophylaxe von elektrischen Unfällen verlangt ein enges Zusammenarbeiten von Technikern und Ärzten.

Hoche (7) hat für die „Südwestdeutsche Neurologen- und Irrenärzteversammlung" ein klares Referat über die notwendige Reform der Unfallversicherungsgesetze erstattet. Er bespricht die verschiedenen Ursachen der von keinem geleugneten Tatsache, daß ein großer Teil der traumatischen Neurosen durch die Unfallversicherungsgesetzgebung erzeugt ist. Ärztlich zu verwerfen ist die Verordnung der Arbeit in der Form der Rentenkürzung oder Rentenentziehung ohne tatsächliche Besserung in den nervösen Beschwerden. Zu Unrecht fordert das Reichsversicherungsamt eine gewisse Relation zwischen Größe des Unfalls und den möglichen Folgen und leugnet eine Entschädigungspflicht gegenüber Beschwerden, die durch Grübeln über den Unfall und durch Kampf um die (unberechtigte) Rente entstanden seien. Eine Zunahme der Unfallneurosen läßt sich bekämpfen durch Abschaffung der Kostenlosigkeit der Berufungen, Beseitigung aller vermeidbaren seelischen Schädlichkeiten im Entschädigungsverfahren, Regelung der Erziehung zur Arbeit, Einstellung der Teilinvaliden mit Volllohn, Arbeitsnachweis und Ausdehnung der einmaligen Kapitalsabfindungen an Stelle des fortlaufenden Rentenbezuges. *Windscheid* (28) betont in der Diskussion zu diesem Vortrage die Bedeutung einer besonderen Reaktion des Gehirns auf den Unfall (der spezifischen Unfallreaktion) für das Zustandekommen der Unfallneurosen. Die Unfallreaktion ist eine noch nicht näher bekannte psychogene Veränderung, die auf dem Umwege der Rente wirkt. Hinsichtlich der Beobachtung hat er gute Erfahrungen mit der von ihm geleiteten Unfallnervenklinik gemacht; das Ergebnis der Behandlung war weniger günstig. *Egger* befürwortet auf Grund seiner mit der

deutschen und schweizerischen Unfallversicherung gemachten Erfahrungen eine rasche Erledigung der Entschädigungsfrage und Zubilligung einer kleinen definitiven Entschädigungssumme.

Leers (12) erörtert die mannigfachen Beziehungen zwischen der zerebralen Form der Arteriosklerose und den nervösen Folgen von Unfällen. Hinsichtlich der Symptome besteht eine sehr weitgehende Ähnlichkeit, fast Übereinstimmung. Ein Trauma kann eine bereits bestehende, ausgebildete Arteriosklerose sehr ungünstig beeinflussen, und die Prognose ist dank dem hervorgerufenen Circulus vitiosus sehr ungünstig. Die Arteriosklerose verdient unter den zum Trauma disponierenden Momenten mehr Beachtung, als sie bisher gefunden hat.

Unter Anführung 15 eigener Fälle und ausführlicher Berücksichtigung der Literatur bespricht *Chalupecky* (3) die Augensymptome bei traumatischen Neurosen. Am konstantesten findet sich die konzentrische Gesichtsfeldeinengung; Anästhesie der Cornea und Conjunctiva ist relativ selten. Die Augenmuskelstörungen lassen sich restlos durch Kontrakturen erklären. Zweimal fand er eine partielle Farbenblindheit. Störungen des Farbensinns sind meist mit Herabsetzung der Sehschärfe verbunden. Bei Amblyopie auf dem andern, nichtverletzten Auge muß an sympathische Erkrankung gedacht werden.

Der von *Becker* (1) mitgeteilte Fall zeigt aufs neue die Schwierigkeit, psychogene Lähmungen von einer Simulation zu unterscheiden und den großen Schaden, der darin liegt, daß der behandelnde Arzt dem Unfallverletzten eine schlechte Prognose stellt.

Vulpius und *Ewald* (25) geben eine kritische Darstellung der heutigen Lehre von der traumatischen Genese einer organischen Erkrankung des Rückenmarks und Gehirns, vor allem der Tabes, der progressiven Muskelatrophie, multiplen Sklerose, Syringomyelie und Gehirngeschwulst. Eine traumatische, organische Nervenerkrankung wird von den Gutachtern vielfach zu leicht angenommen. Es fehlt oft der für einige Erkrankungen unbedingt notwendige Nachweis der Progredienz sowie die örtlichen und zeitlichen Beziehungen. Neuritis ascendens wird geleugnet.

K. Mendel (15) bespricht an der Hand der Literatur und einer Reihe von etwa 500 Gutachten, die von seinem Vater oder ihm selbst erstattet sind, den Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Für die Leser dieser Zeitschrift kommen insbesondere in Betracht seine Ausführungen hinsichtlich der Paralyse und Epilepsie. Ein sicherer Fall einer rein traumatisch bedingten progressiven Paralyse existiert bisher noch nicht. Wohl kann ein Trauma bei vorhandener Prädisposition (Heredität, Lues) die Paralyse auslösen oder eine schon bestehende Paralyse verschlimmern und ihren Verlauf beschleunigen. Das Trauma kann das Gehirn zu einem Locus minoris resistentiae machen und es empfindlicher gestalten für die Einwirkung einer anderen Schädlichkeit (Lues). Bei der Begutachtung verdienen daher Berücksichtigung: Prädisposition, Erheblichkeit des Unfalls und zeitliche Beziehungen zwischen Beginn der Paralyse und Tag des Unfalls.

Cramer (4) gibt in aller Kürze allgemeine Ausführungen über die Ätiologie der Paralyse. In dem von ihm begutachteten Falle ist es unmöglich, mit Sicherheit zu beweisen, daß der Unfall die Paralyse und damit den Tod herbeigeführt hat; aber mit einer an Gewißheit grenzenden Wahrscheinlichkeit ist dies doch anzunehmen.

E. Meyer (18) weist auf den für Paralyse typischen und leicht zu erhebenden Befund hin und betont seine Bedeutung für die gerichtsärztliche und Unfallpraxis. In einem Falle hatte die Untersuchung noch Erfolg, obwohl die Sektion erst 76 Stunden nach dem Tode möglich war. *Meyer* nimmt in dem von *Weber* (26) mitgeteilten Falle und abweichend von dessen Ansicht Paralyse an.

E. Meyer (17) bespricht unter Heranziehung eigener Beobachtungen die Beurteilung der Hysterie im Invalidenrentenverfahren. Hysterie wird von den Ärzten oft mit Simulation in eine nahe Verbindung gebracht. Die Diagnose der Hysterie soll sich in erster Linie auf psychischem Gebiet bewegen, ohne daß dabei die körperlichen Symptome übersehen oder einseitig überschätzt werden dürfen. In allen zweifelhaften Fällen ist stationäre Beobachtung, in frischen Fällen der Versuch einer Behandlung nötig.

Während bisher vorwiegend in der Literatur der unfallverletzte Arbeiter besprochen wird, beschäftigt sich *Mann* (14) in einem sehr lesenswerten und eingehenden Aufsatz mit dem unfallverletzten Beamten, insbesondere Eisenbahnbeamten. Eine Reihe praktisch wichtiger Fragen wird besprochen, wie der Kampf um das Heilverfahren, der Umfang des Heilverfahrens in der neuen Fassung des Gesetzes und nach ärztlicher Auffassung, die Beurteilung des Heilverfahrens durch andere Ärzte ohne eingehende persönliche Kenntnis des Unfallverletzten und ohne Benehmen mit dem behandelnden Arzte, Zahlung einer vereinbarten jährlichen Pauschalsumme für die gesamten Kosten des Heilverfahrens, die allmähliche Reduktion dieser Summe, die nicht zu häufige Nachuntersuchung sowie die Aufstellung bestimmter Maximalnormen.

VII. Psychiatrie und Militär.

1. *Araky, S.*, Beobachtungen über psychische und nervöse Krankheiten im Japanisch-Russischen Kriege 1904/05. Sommers Klinik II, 4. (S. 69*.)
2. *Awtokratow, P. M.*, Die Geisteskranken im russischen Heere während des japanischen Krieges. Diese Zeitschr. S. 286.
3. *Bennecke*, Dementia praecox in der Armee Herausgegeben von der Mediz.-Abt. des Kgl. Sächs. Kriegsministeriums. 1907. (S. 70*.)
4. *Bennecke*, Die Paralyse im Unteroffizierstand. Monatschr. f. Psych. u. Neur. XXII, Erg.-H. (S. 70*.)

5. *Boldt*, Die Bedeutung der Hysterie für die Armee. Monatsh. f. Psych. u. Neur. XXII, Erg.-H. (S. 70*.)
6. *Drastich*, *Bruno*, Der geistig Minderwertige in der Armee und dessen Beurteilung durch die hierzu berufenen militärischen Organe. Wien. Josef Safâu. 0,90 M. (S. 68*.)
7. *Jakubowitsch*, Die Fürsorge für die Geisteskranken im Russisch-Japanischen Kriege. Korsakoffs Journal H. 4 u. 5. S.(69*.)
8. *Jermakorff*, Psychosen im Russisch-Japanischen Kriege (nach eigenen Beobachtungen). Korsakoffs Journal H. 2 u. 3, S. 388. (S. 69*.)
9. *Jude*, *R.*, Les dégénérés dans les Bataillons d'Afrique. Vannes. B. Le Beau. (S. 69*.)
9a. *Petró*, *Franzesco*, Sulla delinquenza, pazzia ed inadattabilità al servizio nei militari e loro prevenzione. Rivista spevimentale di freniatria XXXIII, 4.
10. *Schill*, Über Simulation beim Militär. Deutsche med. Woch. Nr. 24. (S. 70*.)
11. *Schultze*, *Ernst*, Weitere psychiatrische Beobachtungen an Militärgefangenen mit klinischen, kriminalpsychologischen und praktischen Ergebnissen aus dem Gesamtmaterial von 100 Fällen. G. Fischer. Jena. (S. 67*.)
12. *Soukhanoff*, *Serge*, Des troubles psychiques, liés avec la guerre russo-japonaise. Journ. f. Psych. u. Neur. X, S. 145. (S. 69*.)
13. *Stier*, *Ewald*, Die akute Trunkenheit und ihre strafrechtliche Begutachtung mit besonderer Berücksichtigung der militärischen Verhältnisse G. Fischer. Jena. (S. 68*.)
14. *Stier*, Neuere psychiatrische Arbeiten und Tatsachen aus den außerdeutschen Heeren. Deutsche militärärztl. Zeitschr. XIII, 5, VII. (S. 70*.)
15. *Zuzak*, *Hugo*, Militärdienst und Geistesstörung. Der Militärarzt 1906 Nr. 23—24; 1907 Nr. 1—67. (S. 67*.)

Alle längere Zeit der Anstaltspflege bedürftigen geisteskranken Mannschaften werden in Österreich-Ungarn nach *Zuzak* (15) einer bestimmten militärischen Irrenanstalt in Nogyszombat übergeben. Verf. berichtet über den Krankenzugang zweier Jahre und gibt die 100 Krankengeschichten kurz wieder. Amentia und Dementia praecox machen [illegible] mehr als die Hälfte aus. 14% starben (darunter 6 Paralytiker und [illegible]hrittener Tuberkulose der Anstalt übergebene Kranke). Ein [illegible]llend

wenig Kranke, nach Ansicht des Verf. dank der Verteilung der Truppen in sehr zahlreiche kleine Garnisonen und der reichlichen Verpflegungsgebühren. Die Zahl der klinisch oder sozial Geheilten ist recht groß durch die schnelle Überführung in die Irrenanstalt und die moderne Therapie (zahlreiches Pflegerpersonal und relativ kleine Krankenzahl, dadurch ermöglichte gute Überwachung, ausgiebige Gelegenheit zu einer Feldarbeit, für die voller ortsüblicher Tagelohn bezahlt wird). Die Zahl der Verpflegungstage hat abgenommen. Auch Z. betont, daß nur der erblich Belastete oder sonst weniger Widerstandsfähige durch Militärdienst wie auch durch andere ungünstige Verhältnisse gefährdet wird.

Drastich (6) erörtert eingehend die besondere Bedeutung der Minderwertigkeit für den Heeresdienst, der geradezu ein empfindliches Reagenz für manche psychopathisch veranlagte Natur ist. Affekt und Alkoholismus wirken besonders schädlich. Die Untersuchungs- und Strafhaft lösen Affektzustände leicht aus. Auffallend groß ist die Zahl der Minderwertigen unter den Freiwilligen. Die Grenzen der Zurechnungsfähigkeit sind nicht zu eng zu ziehen. Viele Minderwertige eignen sich nicht für den Heeresdienst. Ihre Ausscheidung ist zulässig, wünschenswert und möglich.

Stiers (13) Arbeit verdient in vielfacher Hinsicht Beachtung. Während bisher die Erscheinungen der akuten Trunkenheit fast ausschließlich nur im psychologischen Experiment genauer untersucht wurden und nur gelegentlich zu kasuistischen Mitteilungen Veranlassung gaben, findet sich hier eine eingehende Bearbeitung der ganzen Frage. Vor allem haben die pathologischen Rauschzustände und ihre Beurteilung im Strafprozeß eine ausführliche Darstellung gefunden. Während die übrigen Kapitel besonders auf juristisches und militärisches Interesse Anspruch erheben können, wird der Psychiater im dritten und vierten Abschnitt viel Anregung und Belehrung finden. Bezüglich der vorhandenen Gesetzesvorschriften kommt *Stier* zum Schluß, daß nicht ein Wort des § 49, 2 MStrGB. verbesserungsbedürftig ist (Voss-Greifswald).

Schultze (11) berichtet im Anschlusse an seine frühere Veröffentlichung über weitere Beobachtungen an Militärgefangenen. Er berichtet zunächst über die 100 beobachteten Fälle, nach Krankheitsformen geordnet. Nach der Häufigkeit des Vorkommens geordnet steht die Epilepsie obenan, dann folgen Dementia praecox und in gleicher Häufigkeit Imbezillität und manisch-depressives Irresein. Auf Grund seiner Erfahrungen wünscht *Schultze* eine bessere psychiatrische Ausbildung der Sanitätsoffiziere, häufigere Anordnung der Beobachtung in einem Lazarett und warnt unter Anführung von Beispielen vor der voreiligen Annahme von Simulation. Auch wird gewünscht, daß Offiziere und Juristen eine gewisse Bekanntschaft mit der Irrenheilkunde erlangen möchten, und daß das Wiederaufnahmeverfahren erleichtert werde. *Schultze* schließt: „Das ernsthafte Bestreben der Militärverwaltung, den Anforderungen auf psychiatrischem Gebiete gerecht zu werden, ganz besonders in den letzten Jahren, gibt uns eine Gewähr, daß auch die Wünsche noch erfüllt werden, deren Befriedigung uns Irrenärzten am Herzen liegt.“ (*Snell.*)

Jude (9) berichtet über seine Beobachtungen, die er an den französischen Truppen in Afrika gemacht hat. Sie suchen den Arzt oft auf, meist ohne Grund. Körperliche Leiden werden vielfach künstlich erzeugt, und die gebräuchlichen Mittel für einige willkürlich hervorgebrachten Leiden werden mitgeteilt. Simulation von Geistesstörungen hat er nicht gesehen. Keiner ist psychisch normal; vielmehr sind fast alle degenerierte oder psychopathische Persönlichkeiten, und daher rührt es auch, daß alle Versuche der Erziehung und Besserung fehlschlagen.

Der Russisch-Japanische Krieg hat keine spezifische Psychosen gezeitigt, sie sind nur eher zum Ausbruch gekommen. Depressionszustände überwiegen nach *Soukhanoff* (12); Dementia praecox findet sich oft. In einem Falle ist es immerhin möglich, daß es sich um Lues cerebri, nicht um Dementia praecox gehandelt hat.

Jakubowitschs (7) Arbeit enthält eine Zusammenstellung aller an den verschiedenen psychiatrischen Anstalten des fernen Ostens während des Krieges gemachten Erfahrungen. Von 2414 Geisteskranken, die insgesamt während des Krieges registriert wurden, entfielen 949 auf die zentrale Anstalt in Charbin. Aus einer genauen Tabelle, welche einen Überblick über die in der Charbiner Anstalt gestellten Diagnosen gibt, entnehmen wir, daß 191 (20,1%) der beobachteten Fälle der Epilepsie, 154 (16,2%) den alkoholischen Psychosen zugerechnet wurden. Es gibt keine besondere „Kriegspsychose"; doch werden depressive Formen hier häufiger beobachtet als zu gewöhnlichen Zeiten. Daß die Zahl der Geisteskranken in der russischen Armee relativ sehr groß war, ist zum Teil daraus zu erklären, daß viele schon krank auf den Kriegsschauplatz kamen. So fand beispielsweise der Verf. unter seinen Kranken in Charbin einen Mann, der wegen schwerer Katatonie im Europäischen Rußland schon mehrmals in Anstaltsbehandlung gewesen war. Die Evakuation der Geisteskranken bereitete anfänglich große Schwierigkeiten, wurde aber allmählich auf besseren Fuß gestellt. (*Voss*-Greifswald.)

Jermakoff (8) hat 257 Fälle von Psychosen im Russisch-Japanischen Kriege beobachtet. Auffällig war die Häufigkeit neuropathischer Belastung (Alkoholismus der Eltern!) bei den Erkrankten. Die Paralyse war bei den 32 von dieser Krankheit Betroffenen sehr früh nach der luetischen Infektion aufgetreten, in 3 Fällen schon nach 4 Jahren. 20% der Beobachteten waren Epileptiker. Sehr häufig war die Dementia praecox, relativ selten in ihrer katatonischen Unterform. Unter 147 Kranken mit Halluzinationen zeigten nur 30 in ihren Sinnestäuschungen Beziehungen zu den kriegerischen Erlebnissen. (*Voss*-Greifswald.)

Die Arbeit von *Araky* (1) ist wohl die erste japanische Arbeit über Psychosen aus dem Russisch-Japanischen Feldzuge. *A.* hat 211 Fälle beobachtet; viele Krankengeschichten, wenn auch außerordentlich gekürzt, werden veröffentlicht. Überanstrengungen und Infektionskrankheiten, darunter besonders der Typhus, spielen eine große Rolle. Kakke, eine der Beri-Beri ähnliche Erkrankung, hatte in 12 Fällen zu Psychosen geführt. Die meisten Erkrankungen fielen in die ersten 6 Monate nach dem Ausmarsch. Melancholie war die häufigste Form, dann kam Neurasthenie, dann Manie.

Stier (14) gibt eine anschauliche Übersicht über psychiatrische Arbeiten aus militärärztlicher Feder, vor allem aus Österreich-Ungarn, England, Holland. Die Zunahme der Psychosen im stehenden Heere Österreichs stimmt mit der bei uns beobachteten Zunahme so sehr überein, daß gemeinsame Ursachen anzunehmen sind. In England sowohl wie in Amerika hat man beim Beginn des Krieges eine geringere, beim Fortgang des Krieges eine schnellere und erheblichere Zunahme der Geisteskrankheiten beobachtet, wie auch bei uns (1870/1871). Sehr bemerkenswert sind die Mitteilungen über die Disziplinarabteilung in Vlissingen.

Boldt (5) bespricht kritisch die Bedeutung der Hysterie für die Armee.

Bennecke (4) berichtet über 14 paralytische Unteroffiziere. Die Paralyse machte den dritten bis vierten Teil der in der Dresdener Irrenabteilung aufgenommenen psychisch kranken Unteroffiziere aus. *Bennecke* bezweifelt, ob Militärpersonen wirklich häufiger einer luetischen Affektion ausgesetzt sind, was vielfach angenommen wird. Auffallend ist das jugendliche Lebensalter vieler erkrankten Unteroffiziere und der kurze Zwischenraum zwischen Infektion und Ausbruch der Paralyse. Vielleicht sind hieran die spezifischen militärischen Verhältnisse (Ehrgeiz, Anspannung, Verantwortlichkeit) schuld, zumal Alkoholmißbrauch meist ausgeschlossen werden kann.

Bennecke (3) gibt 40 Krankengeschichten von an Dementia praecox leidenden Soldaten. Nachdrücklich hebt er die große Wichtigkeit gerade dieser Psychose für das militärische Leben hervor. Fast die Hälfte der Kranken war geistig schwach oder nur mittelmäßig veranlagt. Der vierte Teil hatte sich freiwillig gemeldet. Also doppelte Vorsicht bei der Einstellung Freiwilliger; diese sollten ein Zeugnis ihres letzten Arbeitgebers beibringen. In der Ätiologie komme den Infektionskrankheiten wie toxischen Einwirkungen überhaupt eine große Bedeutung zu. Schon die Hälfte war vor der Dienstzeit erkrankt. Oft wurde irrtümlich Simulation angenommen.

Nach *Schill* (10) ist Simulation von Geisteskrankheit beim Militär selten, oft vielmehr geradezu das erste Zeichen wirklicher Störung. An die psychische Gesundheit der Soldaten muß ein strengerer Maßstab gelegt werden, als bisher geschehen ist, nicht zuletzt zum Segen der Armee.

---

3. Allgemeine Psychiatrie.

Ref. Otto Snell-Lüneburg.

1. *Abraham, K.*, Das Erleiden sexueller Traumen als Form infantiler Sexualbetätigung. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Nr. 249, S. 854.

2. *Abraham, K.*, Beiträge zur Kenntnis der motorischen Apraxie auf Grund eines Falles von einseitiger Apraxie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie.

3. *Adnan, A.*, Untersuchungen über den Rachenreflex. Mediz. Klinik Nr. 44, S. 1329.

4. *Albrecht, P.*, Verordnung und therapeutischer Wert des Veronals im Vergleich zu den älteren Schlafmitteln. Die Heilkunde H. 10.

5. *Albrecht, P.*, Fritz Reuters Krankheit. Halle. Marholz. 46 S. 1 M. (S. 96*.)

6. *Alsberg, M.*, Die geistige Leistungsfähigkeit des Weibes im Lichte der neueren Forschung. Archiv f. Rassen- u. Gesellschafts-Biologie H. 4. (S. 101*.)

7. *Alsberg, P.*, Hyperalgesien der Haut in ihrer Bedeutung für die Gynäkologie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 45, S.1863.

8. *Alzheimer*, Über die Indikationen für eine künstliche Schwangerschaftsunterbrechung bei Geisteskranken. Münch. med. Wochenschr. Nr. 33, S. 1617. (S. 111*.)

9. *Anglade*, La réforme du régime des aliénés. Bordeaux. Imprimerie moderne. 19. S.

10. *Antheaume, A.*, et *Mignot, R.*, L'hyperidrose dans la démence précoce. L'encéphale No. 8, p. 85. (S. 109*.)

11. *Anton, G.*, Ärztliches über Sprechen und Denken. Halle. Marhold. 30 S. 0,60 M.

12. *Araky, S.*, Beobachtungen über psychische und nervöse Krankheiten im japanisch-russischen Kriege 1904/05. Klinik f. psych. u. nerv. Krankh. Bd. 2, H. 4, S. 624. (S. 96*.)

13. *Ashmead, A. S.*, Some psychological studies of man's moral evolution. The alienist and neurologist Nr. 1, S. 1.

14. *Ashmead, A. S.*, Is man a free-moral agent? Medical Herald. S. 392.

15. *Andenino, E.*, La mano. Rivist. sperim. di freniatria vol. 33, p. 416.

16. *Auerbach, S.*, Ein neuer Sensibilitätsprüfer. Münch. med. W[illegible]schr. Nr. 14, S. 672. (S. 107*.)

17. *Aufrecht*, Nephropexie bei Geistesstörung infolge von Nephro[illegible] Therap. Monatsh. Nr. 9. (S. 113*.)

18. *Awtokratow, P. M.*, Die Geisteskranken im russischen Heere während des japanischen Krieges. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie H. 2—3, S. 286.
19. *Bach, L.*, Einfluß des verlängerten Markes und des Großhirns auf die Weite und Lichtreaktion der Pupille. Münch. med. Wochenschr. Nr. 35, S. 1756.
20. *Bach, L.*, Differentialdiagnose zwischen reflektorischer und absoluter Pupillenstarre. Münch. med. Wochenschr. Nr. 8, S. 353. (S. 108*.)
21. *Bach, L.*, Über springende Pupillen. Münch. med. Wochenschr. Nr. 13, S. 640. (S. 109*.)
22. *Ballet, G.*, L'hygiène du neurasthénique. 3. Aufl. Paris. Masson. 414 S. 6 Fr. (S. 98*.)
23. *Bard, L.*, De l'influence de facteurs périphériques sur la genèse du réflexe pathologique du gros orteil. Revue neurologique No. 12. (S. 108*.)
24. *v. Bechterew, W.*, Automatisches Schreiben und sonstige automatische Zwangsbewegungen als Symptome von Geistesstörung. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 21. H. 3, S. 206.
25. *v. Bechterew, W.*, Über hypnotischen Zauberwahn. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, H. 3, S. 202.
26. *Beck*, Eine Methode der Bestimmung des Schädelinhaltes und Hirngewichts am Lebenden und ihre Beziehungen zum Kopfumfang. Zeitschr. f. Morphol. u. Anthropolog. Bd. 10, H. 1, S. 122.
27. *Belletrud*, Les bains d'acide carbonique chez les aliénés. Revue de psychiatrie Nr. 5, p. 195. (S. 111*.)
28. *Benda, Th.*, Sonderklassen für die Schwachbegabten auf den höheren Schulen. Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege Jahrg. 20 S. 354.
29. *Berger, H.*, Über die körperlichen Äußerungen psychischer Zustände. II. Teil. Jena. Fischer. 216 S. 20 M.
30. *Berger, H.*, Über die Psychosen des Klimakteriums. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 22, Ergänzungsh. S. 13.
31. *Bernhardt, M.*, Die bisherigen Methoden der Elektrotherapie und ihre praktische Anwendung. Zeitschr. f. ärztliche Fortbild. Nr. 8.

32. *Bessmer, S. J.*, Störungen im Seelenleben. 2. Aufl. Freiburg i. B. Herder. 227 S. 3,60 M. (S. 98*.)

33. *Bevan-Lewis*, The neuron theory: fatigue, rest and sleep. Journ. of mental science Oct. 1906. (S. 101*.)

34. *Bevan-Lewis*, On the formation of character. Journ. of mental science. Jan. 1907. S. 121.

35. *Beykovsky*, Praktische Bedeutung pathologischer Pupillensymptome. Wiener mediz. Wochenschr. Nr. 38.

36. *Binet-Sanglé*, Les lois psychophysiologiques du développement des réligions (L'évolution réligieuse chez Rabelais, Pascal et Racine). Paris. Maloine. 400 S.

37. *Bing, R.*, Klinisches über Patellarreflexe. Mediz. Klinik Nr. 37, S. 1116.

38. *Binswanger* u. *Siemerling*, Lehrbuch der Psychiatrie. 2. Aufl. Jena. Fischer. 386 S. 5,50 M. (S. 97*.)

39. *Bioglio, A.*, Sul ricambio urinario nelle emicranie. Revist. sperim. di fren. 33, p. 49.

40. *Birnbaum*, Über den kausalen Zusammenhang hypochondrischer Wahnvorstellungen mit somatischen Störungen. Mediz. Klin. Nr. 30, S. 891.

41. *Bischoff*, Über Dauerbäder und Dauerbadbehandlung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie H. 6, S. 1014.

42. *Bloch, E.*, Die Neuronlehre. Mediz. Klin. Nr. 11, S. 292.

43. *Bloch, J.*, Das Sexualleben unserer Zeit in seiner Beziehung zur modernen Kultur. Berlin, L. Markus. 8 M.

44. *Blum*, Beitrag zur Frage der „sukzessiven" Kombination von Psychosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 14, S. 662.

45. *Body, N. O.*, Aus eines Mannes Mädchenjahren. Berlin, G. Riecke Nachf. 218 S. 2.50 M. (S. 102*.)

46. *Bokelmann, W.*, Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft bei inneren und Geisteskrankheiten. Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Frauenheilk. u. Geburtshülfe Bd. 7, H. 6. Halle, Marhold. 27 S. 0.75 M. (S. 112*.)

47. *Bolte*, Assoziationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 619.

48. *Bondi, M.*, Über Augenbefunde bei Geisteskrankheiten. Wien. med. Presse Nr. 41. (S. 109*).

Société de médecine mentale de Belgique Nr. 150, p. 417.
51. *Bresler*, *J.*, Religionshygiene. Halle, Marhold. 55 S. 1 M.
52. *Bretschneider*, *A.*, Blutbefunde bei Nervösen. Münchener med. Woch. Nr. 32, S. 1587.
53. *Bruce*, *L. C.*, Studies in clinical psychiatry. New York, Macmillan.
54. *Bumke*, *O.*, Die Physiologie und Pathologie der Pupillenbewegungen. Mediz. Klin. Nr. 41, S. 1221.
55. *Bumke*, *O.*, Neuere Untersuchungen über die diagnostische Bedeutung der Pupillensymptome. Münchener med. Woch. Nr. 47.
56. *Bumke*, *O.*, Über die Beziehungen zwischen Läsionen des Halsmarkes und reflektorischer Pupillenstarre. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. S. 257. (S. 108*.)
57. *Ceni*, *C.*, L'influenza dei centri corticali sui fenomeni della generazione e della perpetuazione della specie. Rivista sperim. di freniatria 33, p. 351. (S. 101*.)
58. *Cerletti*, *U.*, Sopra speciali corpuscoli perivasali nella sostanza cerebrale. Revista sperim. di freniatria 33, p. 690.
59. *Charon*, *R.*, De l'hydrothérapie dans les asiles d'aliénés. Des bains d'aspersion. Ann. méd.-psychol. Nr. 3, p. 389.
60. *Charpentier*, Des principaux signes objectifs que la volonté, la suggestion et l'hystérie ne peuvent reproduire. Bulletin médical Nr. 53, p. 613.
61. *Chavigny*, Troubles mentaux. — Leur diagnostic retrospectif par les sillons unguéaux. Ann. d'hygiène publ. et de méd. légale 13, 8. Juli. (S. 105*.)
62. *de Clérambault*, Ivresse psychique avec transformation de la personnalité. Ann. méd.-psychol. No. 2, p. 228 und No. 3, p. 377.
63. *Clouston*, *T. S.*, Psychiatry as a part of public medicine. Journ. of mental science Nr. 223, p. 704.
64. *Cohn*, Sollen Hypnotica als Tabletten oder als Pulver verordnet werden? Mediz. Klin. Nr. 6. (S. 112*.)

65. *Damaye, H.*, Idée de suicide latente ou spontanée chez une confuse. Revue de psychiatrie No. 6, p. 245.

66. *Dammann*, Die geschlechtliche Frage. Leipzig, Teutonia-Verlag. 185 S. (S. 102*.)

67. *Dammann*, Die Bedeutung der Ernährung bei Nerven- und Geisteskrankheiten. Mediz. Klin. Nr. 39, S. 1170.

68. *Dammann*, Über die Behandlung der Angehörigen von Geisteskranken. Medico Nr. 11. (S. 112*.)

69. *Dammann*, Störungen des Gemütslebens und ihre Behandlung. Therapie der Gegenwart H. 6. (S. 112*.)

70. *Dannemann*, Psychiatrische Instruktionskurse für Polizeibeamte. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie H. 2—3, S. 500.

71. *Determann, H.*, Umschläge, Einwickelungen und Einpackungen. Deutsche med. Woch. Nr. 24, S. 953.

72. *Donath, J.*, Weitere Beiträge zur Poriomanie. Archiv f. Psychiatrie Bd. 42, H. 2.

73. *Dromard* et *Albès*, Folie du doute et illusion de fausse reconnaissance. Revue de psych. No. 1, p. 12.

74. *Dromard, G.*, et *Levassort, J.*, L'amnésie au point de vue séméiologique et médico-légal. Paris, Alcan. 256 S. 4 Fr.

75. *Dsershinski*, Vier Fälle degenerativer Psychopathie. Korsakoffs Journal H. 4, S. 662. (S. 106*.)

76. *Dubois*, Die Einbildung als Krankheitsursache. Wiesbaden, Bergmann. 45 S. 1 M.

77. *Dufour, H.*, Séméiologie des maladies du système nerveux. Paris, Doin. 550 S. 5 Fr.

78. *Dupony, E.*, Psychologie morbide. Paris, Leymarie. 240 S. 3.50 Fr.

79. *Easterbrook, C. C.*, The sanatorium treatment of active insanity by rest in bed in the open air. Journ. of ment. science Nr. 223, p. 723. (S. 111*.)

80. *Easterbrook, C. C.*, The new hospital at Ayr asylum. Journ. of mental science Nr. 222, p. 548. (S. 111*.)

81. *Ebstein, W.*, Arthur Schopenhauer, seine wirklichen und vermeintlichen Krankheiten. Stuttgart, F. Enke. 1 M.

82. *Elliot, R. M.*, After-care of the insane. American journal of insanity vol. 64, Nr. 1, p. 29.

83. *Ellis, H.*, Erotic symbolism. The alienist and neurologist Nr. 1. p. 18.
84. *Ellis, H.*, Geschlechtstrieb und Schamgefühl. Übersetzt von Kötscher. 3. Aufl. Würzburg, Stuber. 5. M.
85. *Ellis, H.*, Die krankhaften Geschlechtsempfindungen auf dissoziativer Grundlage. Deutsch von E. Jentsch. Würzburg. Stuber. 316 S. 4 M. (S. 102*.)
86. Erlebnisse der Schwester Vera nebst Anhang: Aus den Papieren einer Wahnsinnigen. Berlin. H. Walther. 95 S. 1.50 M. (S. 102*.)
87. *Erlenmeyer, A.*, Die allgemeine Vorhersage der Geistesstörungen. Deutsche Medizinalztg. Nr. 59.
88. *Eschle*, Ererbte und anerzeugte psychopathische Disposition. Therap. Monatsh. Nr. 2.
89. *Eschle*, Grundzüge der Psychiatrie. Wien. Urban und Schwarzenberg. (S. 97*).
90. *Eulenburg*, Schülerselbstmorde. Zeitschr. f. pädag. Psychol. 9. H. 1 u. 2.
91. *Ewald, W.*, Stoffwechselpsychosen. Würzburg. Stuber. 95 S. 1.50 M. (S. 105*).
92. *Farkas, M.*, Gehirnhyperämie und fließende Fußbäder. Blätter f. klin. Hydrotherapie. Nr. 4 u. 5.
93. *Feer, E.*, Der Einfluß der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder. Jahrb. f. Kinderheilkunde. Bd. 66. Heft 2. S. 76. (S. 103*.)
94. *Fellner*, Psychose und Schwangerschaft. Therapie der Gegenwart. H. 3.
95. *Finckh, J.*, Das heutige Irrenwesen. Leitfaden für Angehörige und Pfleger von Geisteskranken. München. O. Gmelin. 72 S. 2.50 M.
96. *Finckh, J.*, Über paralysenähnliche Krankheitsbilder. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 234. S. 249.
97. *Flatau, G.*, Über das Fehlen des Achillesphänomens. Neurolog. Zentralbl. Nr. 22. S. 1052. (S. 107*.)
98. *Foerster*, Über die klinischen Formen der Psychosen bei direkter Erblichkeit. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 176.
99. *Försterling, W.*, Über Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. Nr. 25. S. 197.

100. *Forel, A.*, Die Zurechnungsfähigkeit des normalen Menschen. München. Reinhardt. 0.80 M.

101. *Forel, A.*, Gesammelte hirnanatomische Abhandlungen mit einem Aufsatze über die Aufgaben der Neurobiologie. München. Reinhardt. 247 S. 10 M.

102. *Forel, A.*, Der Hypnotismus. 5. Aufl. Stuttgart. Enke. 6 M.

103. *Forli, V.*, I fenomeni psichici nell' emicrania e i rapporti di questa con l'epilessia. Rivista sperim. di freniatria. vol. 33. fasc. 1. p. 220.

104. *Fornaca, G.*, Tremore da malaria. Bolletino della società Lancisiana degli ospedali di Roma. Ann. 27. fasc. 4 (S. 103*.)

105. *Fornasari di Verce*, Sui metodi di rilevazione nella statistica dei pazzi. Rivista sperimentale di freniatria. Vol. 33. p. 288.

106. *Franchini, G.*, Contributo allo studio dell' acromegalia. Rivista sperim. di fren. vol. 33. p. 888.

107. *Frank* und *Bezzola*, Über die Analyse psychotraumatischer Symptome. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 148.

108. *Frankhauser*, Erfahrungen über Lumbalpunktion bei Geisteskranken. Korrespondenzbl. für Schweizer Ärzte. Jahrg. 27. Nr. 2.

109. *v. Frankl-Hochwart*, Die Tetanie der Erwachsenen. 2. Aufl. Leipzig u. Wien. A. Hölder. 3.80 M.

110. *Franze, P. C.*, Über einige, zum Teil neuere, elektro-therapeutische Methoden. Wiener klin. Rundschau. Nr. 7—9.

111. *Fratini, G.*, Stereotipie e fenomeni di automatismo negli alienati. Rivista sperim. di freniatria. vol. 33. p. 104.

112. *Frentch, E.*, Condition of the heart in dements. Amer. journal of insanity. vol. 63. Nr. 4. p. 499.

113. *Freud, S.*, Zur Psychopathologie des Alltagslebens. 2. Aufl. Berlin. Karger. 132 S. 2.50 M. (S. 101*.)

114. *Friedländer, A.*, Die Heilungsaussichten in der Irrenanstalt. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. Nr. 24. S. 189.

115. *Friedländer, A.*, Schwebebänder in Dauerbädern. Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr. Nr. 52.

116. *Friedländer, J.*, Die Physiognomik [illegible] Klinisch-therapeutische Wochenschr. Nr. [illegible]

117. *Friedmann, M.*, Über die Abgrenzun[illegible] der



Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 21. H. 3. S. 214.

118. *Fuchs*, *A.*, Einiges über Schlaflosigkeit und ihre Behandlung. Wiener klin. Rundschau. Nr. 45 u. 46.

119. *Fuchs*, *W.*, Zur Persönlichkeitsanalyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 241. S. 533.

120. *Fürbringer*, Die Behandlung der Impotenz. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 7.

121. *de Fursac*, *J. R.*, Les écrits et les dessins dans les maladies nerveuses et mentales. Paris. Masson. 306 S. 12 Fr.

122. *Galdi*, *R.*, Le alterazioni del sangue in rapporto specialmente alle malattie mentali. Il manicomio. No. 1—2.

123. *Galippe*, *V.*, L'hérédité des stigmates de dégénérescence et les familles souveraines. Paris. Masson. 15 Fr.

124. *Gaupp*, Wege und Ziele psychiatrischer Forschung. Tübingen. Laupp. 0.60 M.

125. *Geist*, *Fr.*, Über die Klassifikation der Psychosen, insbesondere der periodischen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 48.

126. *Götze*, *R.*, Über Nervenkranke und Nervenheilstätten. Mit einem Vorwort v. Prof. *R. Sommer*. Halle. Marhold. 52 S. 1.20 M.

127. *Goldscheider*, Über psychoreflektorische Krankheitssymptome. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 12. S. 358.

128. *Goldstein*, *K.*, Einige Bemerkungen über Sprachhalluzinationen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 4. S. 713.

129. *Grasset*, *S.*, L'occultisme hier et aujourd'hui. Le merveilleux préscientifique. Paris. Masson. 436 S.

130. *Grasset*, Demi-fous et demi-responsables. Paris. Alcan. 295 S. 5 Fr.

131. *del Greco*, *Fr.*, Deficienti e mentalità. Il manicomio. No. 1. p. 1.

132. *Gregor*, *A.*, Beiträge zur Kenntnis der pellagrösen Geistesstörungen. Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 28.

133. *Guttmann*, *W.*, Zur Beurteilung und Prüfung des Patellarreflexes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36. S. 1456. (S. 108*.)

134. *v. Hansemann*, *D.*, Über die Gehirne von Mommsen, Bunsen und Menzel. Stuttgart. Schweizerbart. 18 S. 6 Tafeln. 6 M.

135. *Hartmann, A.*, Über nasalen Kopfschmerz und nasale Neurasthenie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 18. S. 316.

136. *Hauffe*, G., Heiße Bäder, insbesondere heiße Teilbäder. Wien. Klin. Jahrg. 32. H. 4 u. 5.

137. *Hedinger*, J., Irrenfragen in Laienbeleuchtung. Beobachtungen und Erfahrungen im Anstaltsdienste. Zürich. Rascher & Co. 144 S. 2 M.

138. *Heim, G.*, Wirkung des Klimas Ägyptens auf die Neurasthenie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 246. S. 732.

139. *Hellpach, W.*, Die Pathographie und ihr Meister. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. H. 3.

140. *Hellpach, W.*, Technischer Fortschritt und seelische Gesundheit. Halle. Marhold. 30 S. 0.75 M.

141. *Hempel, G.*, Spiegel-Apparate zur Exposition optischer Reize. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 243. S. 619. (S. 107*.)

142. *Henneberg*, Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 2—3. S. 400.

143. *Henze*, Zur Frage des Militärdienstes der geistig Minderwertigen. Zeitschr. f. d. Erforschung u. Behandl. des jugendl. Schwachsinns. Bd. 1. H. 3. S. 193.

144. *Hermann, J. S.*, Über psychische Störungen depressiver Natur, entstanden auf dem Boden der gegenwärtigen politischen Ereignisse. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 111.

145. *Herter, C. A.*, Diagnosis of organic nervous diseases. New-York. Putnam. 702 S. 3 Dollar.

146. *Hey, J.*, Zur Behandlung nervöser Störungen mit Bornyval (Riedel). Wiener klin. Rundschau. Nr. 13. S. 207. (S. 112*.)

147. *Hildebrand, E.*, Psychogene Lähmungen. Inaugural-Dissertation. Berlin.

148. *Hilty, C.*, Kranke Seelen. Psychopathische Betrachtungen. Leipzig. 92 S. 1.20 M.

149. *Hirsch, M.*, Der Ätherrausch. Leipzig. Deuticke.

150. *Hoche, A.*, Moderne Analyse psychischer Erscheinungen. Jena. Fischer. 17 S. 0.50 M.

151. *Homburger, A.*, Wirkungsweise d[illegible] Grundsätze ihrer Anwendung. Med. Kl[illegible]

152. *Hoppe, Fr.*, Psychiatrisches aus Nordamerika. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 2—3. S. 320.

153. *Hospital, P.*, Le registre d'observations. Ann. méd.-psych. Nr. 3. p. 417.

154. *Hübner, A. H.*, Beschreibung eines Apparates zur Untersuchung der Pupillen nebst Bemerkungen über einige Pupillenreaktionen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 22 H. 1. S. 15.

155. *Hübner, A. H.*, Demonstration eines Apparates zur Untersuchung der Pupillen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 18

156. *Hübner, A. H.*, Das Abadiesche Symptom bei Geisteskranken Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 243. S. 617 S. (107*.)

157. *Hughes, C. H.*, The entoning of the neurones in the practice of medicine and surgery. Alienist and neurologist. Nr. 2 p. 164.

158. *Hughes, C. H.*, Alcohol in therapeutics. Alien. and neurol. Nr. 1. p. 72.

159. *Hummelheim*, Pupillenstudien. Archiv f. Augenheilkunde Bd. 57. S. 33. (S. 108*.)

160. *Hyslop*, Diabetes and insanity. Practitioner. Nr. 469.

161. *Jankau*, Taschenbuch für Nervenärzte und Psychiater. 2. Aufl. Jahrg. 1907 u. 08. Leipzig. Gelsdorf. 264 S. 4 M.

162. *Jelgersma, G.*, Die Zivilisation als prädisponierende Ursache für nervöse Krankheiten. Med. Klinik. Nr. 49. S. 1479 (S. 102*.)

163. *Jelliffe, S. E.*, Dispensary work in nervous and mental diseases Journ. of nerv. and mental disease. Nr. 11. p. 691.

164. *Jendrássik, E.*, Über den Mechanismus und die Lokalisation der psychischen Vorgänge. Neurol. Zentralbl. Nr. 5. S. 194

165. *Jensen, P.*, Organische Zweckmäßigkeit, Entwicklung und Vererbung vom Standpunkte der Physiologie. Jena. Fischer 5 M.

166. *Jentsch, E.*, Zum Andenken an Paul Julius Möbius. Halle Marhold. 26 Seiten. 0.75 M.

167. *Jlberg, G.*, Geisteskrankheiten. Sammlung wissenschaftlich-gemeinverständlicher Darstellungen aus allen Gebieten des

Wissens: „Aus Natur und Geisteswelt“ Bd. 151. Leipzig. Teubner. 152 Seiten. 1 M.

168. *Jngegnieros*, *J.*, Le langage musical et ses troubles hystériques. Paris. Alcan. 208 Seiten.
169. *Joffroy*, *A.*, Traumatismes craniens et troubles mentaux. L'encéphale Nr. 2 S. 103.
170. *Jreland*, *W. W.*, On the psychology of the crusades. Journ. of mental science. Nr. 221. S. 322. (S. 96*.)
171. *Jsserlin*, *M.*, Die diagnostische Bedeutung der Assoziationsversuche. Münch. med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1322.
172. *Judin*, Über Psychosen bei Zwillingen. Korsakoffs Journal. H. 1. S. 68. (S. 109*.)
173. *Juliusburger*, *O.*, Beitrag zur Lehre von der Psychoanalyse. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. H. 6. S. 1002.
174. *Juquelier*, *P.*, Note sur un cas de masochisme. Progrès médical. No. 28. p. 435.
175. *Juquelier*, *P.*, Spiritisme et pathologie mentale. Médecin practicien. No. 29. p. 454.
176. *Juquelier*, *P.*, Enquête sur le „no-restraint“. Revue de psychiatrie. No. 5. p. 206.
177. *Juquelier*, *P.*, Les troubles mentaux dans les différentes variétés du syndrome surrénal. Revue de psychiatrie. No. 1. p. 1.
178. *Jvezič*, Bornyval. Med. Blätter. Nr. 13.
179. *Karplus*, *J. P.*, Zur Kenntnis der Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere. Leipzig und Wien. Deuticke. 162 Seiten, 6 Tafeln. 10 M. (S. 101*.)
180. *Kiernan*, *J. G.*, Js genius a sport, a neurosis, or a child potentiality developed. Alienist and neurologist. Nr. 2. p. 139.
181. *Klein*, Historisches zum Gebrauch des Bilsenkrautextraktes als Narkotikum. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. S. 1088.
182. *Klien*, *H.*, Über die psychisch bedingte Einengung des Gesichtsfeldes. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 42. H. 2. S. 359.
183. *Klieneberger*, *O. L.*, Intelligenzprüfung an Schülern und Studenten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44 [illegible]
184. *Klinke*, *O.*, Grenzgebiet der Psychiatrie. [illegible]schr. Nr. 4.

185. *Kölpin, O.*, Fehlen der Sehnenphänomene ohne nachweisbare Erkrankung des Nervensystems. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. S. 1819.

186. *Kötscher, L. M.*, Das Erwachen des Geschlechtsbewußtseins und seine Anomalien. Eine psychologisch-psychiatrische Studie. Wiesbaden. Bergmann. 82 Seiten. 2 M.

187. *Kohn*, Pyramidon und Morphium. Prager med. Wochenschr. Nr. 18.

188. *Kollarits, J.*, Die Ermüdung des Nervensystems und der Muskeln. Med. Klinik Nr. 30. S. 893.

189. *Kreibig, C.*, Die fünf Sinne des Menschen. Ein Zyklus volkstümlicher Universitätsvorlesungen. Leipzig. Teubner. 132 Seiten. 1,25 M.

190. *Kron, H.*, Nervenkrankheiten in ihren Beziehungen zu Zahn- und Mundleiden. Berlin. Marcus. 200 Seiten. 5 M. (S. 103*.)

191. *Kroner, K.*, Über Bahnung der Patellar-Reflexe. Neurolog. Zentralbl. Nr. 15. S. 700. (S. 108*.)

192. *Kronthal, P.*, Der Schlaf des Anderen. Halle. Marhold. 45 Seiten. 0.80 M.

193. *Krüger* und *v. d. Velden*, Zur Beruhigungs- und Einschläferungstherapie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 6.

194. *Krusius*, Über ein Unokularpupillometer. Archiv f. Augenheilk. Bd. 57. H. 2. S. 97.

195. *Küster, E.*, Über die Ursache der Hauterkrankung bei Anwendung von Dauerbädern. Arch. f. Hyg. Bd. 62. S. 365.

196. *Küster, E.*, Untersuchungen über ein bei Anwendung von Dauerbädern beobachtetes Ekzem. Münch. med. Wochenschr. Nr. 32. S. 1571. (S. 107*.)

197. *v. Kupffer, E.*, Klima und Dichtung. Grenzfragen der Literatur und Medizin, herausg. v. S. Rahmer, H. 4. München. 1.50 M.

198. *Kutner, R.*, Über das Verhalten einiger Reflexe im Schlaf. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 3. S. 98.

199. *Lagriffe, L.*, Stigmates anatomiques de dégénérescence dans un groupe d'aliénés. Ann. méd.-psych. No. 3. p. 353. (S. 104*.)

200. *Lang, L.*, Die kindliche Psyche und der Genuß geistiger Getränke. Mit einem Vorwort von Pilcz. Wien. Safár. 80 Seiten. 1.40 M.

201. *Lannois, M.*, et *Porot, A.*, Les thérapeutiques récentes dans les maladies nerveuses. Paris. Baillière et fils. 96 Seiten.

202. *Laqueur, A.*, Neuere Anschauungen über die Wirkungsweise der Hydrotherapie. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. S. 1086.

203. *Laurès, G.*, La confusion mentale chronique et ses rapports avec la démence précoce. Thèse de Bordeaux. 264 Seiten.

204. *Lechner*, Die Schlaflosigkeit infolge von Störungen des Vorschlafes. Sommers Klinik f. psych. und nerv. Krankh. Bd. 2. H. 1. S. 405.

205. *Lessing, Th.*, Über Hypnose und Suggestion. Göttingen. Kronbauer. 59 Seiten. 1.50 M.

206. *Levi, E.*, Das graphische Studium des Fußklonus und seine Bedeutung in der Klinik. Festschrift zur Feier des 25jähr. Bestandes des neurologischen Institutes an der Wiener Universität. Bd. 2. S. 26. (S. 107*.)

207. *Lewandowsky*, Die Funktionen des zentralen Nervensystems. Lehrbuch. Jena. Fischer. (S. 100*.)

208. *Lissmann, P.*, Neuere Untersuchungen über den dorsalen Fußrückenreflex. Münch. med. Wochenschr. Nr. 21. S. 1030.

209. *Lomer, G.*, Schädelmaße und Beruf. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. H. 4. S. 612.

210. *Lomer, G.*, Leben und Sterben. Psychiatrisch-Neur. Wochenschr. Nr. 52. S. 477.

211. *Lomer, G.*, Liebe und Psychose. Wiesbaden. Bergmann. 55 Seiten. 1.60 M. (S. 101*.)

212. *Lorenz*, Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung. Ztschr. f. d. Erforschung u. Behandlung des jugendl. Schwachsinns. Bd. 1. H. 3. S. 244.

213. *Lugiato, L.*, Glicosuria e levulosuria alimentare in alcune forme di malattia mentale (epilessia, psichosi pellagrosa, paralisi progressiva, demenza precoce). Rivista sperim. di freniatria. vol. 33. p. 820. (S. 104*.)

214. *Lukács* und *Markbreiter*, Die Bedeutung des Augenspiegelbefundes bei Geisteskranken. Wiener med. Presse. Nr. 44. (S. 109*.)

215. *Luttenbacher, M.*, Die Nervenkrankheiten und ihre Heilung durch psychische und physis[illegible]ndlung. Leipzig. 1.50 M.

216. *Mabon, W.*, The open air treatment in psychiatry. New York medical journal. 9. Febr. (S. 111*.)
217. *Mabon, W.*, After-care of the insane. American journal of insanity. vol. 64. Nr. 1. p. 9.
218. *Mairet, A.*, La jalousie. Étude psycho-physiologique, clinique et médico-légale. Montpellier. Coulet. 494 Seiten. 4 Fr.
219. *Mairet, A.*, et *Florence, J.-E.*, de travail intellectuel et les fonctions de l'organisme. Montpellier. Masson fils. 128 Seiten. 3 Fr.
220. *Mann, L.*, Ein neuer elektromedizinischer Apparat. Ztschr. f. mediz. Elektrolog. und Röntgenk. 9. S. 98.
221. *Mann, L.*, Über Schwindel und Gleichgewichtsstörungen nach Commotio cerebri und ihren Nachweis durch eine galvanische Reaktion. Mediz. Klinik Nr. 20 und 21. (S. 104*.)
222. *Mannini, C.*, Sulla sensibilità cosidetta igrica (Tambroni) e sulle sue turbe. Il manicomio No. 2. p. 262. (S. 105*.)
223. *Marandon de Montyel*, L'imitation psychique normale et morbide. Journal de neurologie, No. 1, p. 1 und No. 2, p. 30.
224. *Marchand, L.*, Les lésions de la folie. Paris. Éditions de la Revue politique et littéraire. 16 Seiten.
225. *Marcinowski, J.*, Jm Kampf um gesunde Nerven. 3. Aufl. Berlin. Salle. 151 Seiten. 2 M. (S. 98*.)
226. *Margulies, A.*, Zur Frage der Abgrenzung der ideatorischen Apraxie. Wiener klein. Wochenschr. Jahrg. 20 Nr. 16.
227. *Margulies, A.*, Studien über Echographie (Pick). Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie. H. 6. S. 479. (S. 105*.)
228. *Marie, A.*, Sur quelques troubles fonctionnels chez certains débiles mentaux. Journal de psychol. normale et path. No. 5. p. 385.
229. *Marie, A.*, Considérations pratiques de la folie. Gazette médicale de Paris. No. 3. p. 1.
230. *Marie, A.*, Le traitement des aliénés par le retour à la terre. Revue de psychiatrie. No. 8. p. 309.
231. *Marie, A.*, Mysticisme et folie. Paris. Giard et Brière. 6 Fr.
232. *Marie et Pietkiewicz fils.* La bruxomanie. Revue de stomatologie.
233. *Martineau, J.-B.*, Le roman scientifique d'Emile Zola. — La médecine et les Rougon-Macquart. Paris. Baillière.

234. *Mayer, Moritz*, Eine seltene Häufung angeborener Mißbildungen und Kontrakturen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. Bd. 34. S. 318.
235. *Mayr*, Die Sekretion des Magensaftes und ihre Beziehungen zu psychopathologischen Zustandsbildern. Wiener klin. Wochenschrift. S. 1285.
236. *Meisl*. Der Traum. Wiener klin. Rundschau.
237. *Mendel, E.*, Gicht und Psychose. Deutsches Archiv f. klin. Medizin. Heft 1—4.
238. *Mendel, K.*, Der Unfall in der Ätiologie der Nervenkrankheiten. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurol. Bd. 21. S. 468, 550. Bd. 22. S. 158, 264, 373, 544.
239. *Meyer, Adolf*, Reception hospitals, psychopathic wards, and psychopathic hospitals. American journ. of insanity. vol. 64. No. 2. p. 221.
240. *Meyer, Ernst*, Untersuchungen des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- und Nervenkranken. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 42. H. 3. (S. 103*.)
241. *Meyer, Ernst*, Die Ursachen der Geisteskrankheiten. Jena. Fischer. 246 Seiten. 4.50 M. (S. 102*.)
242. *Meyer, O. B.*, Zur Kenntnis des Fußrückenreflexes. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 34. S. 1079.
243. *Meyer, Semi*, Der Schmerz. Wiesbaden. Bergmann. 2 M. (S. 100*.)
244. *Mézie, A.*, et *Bailliart, P.*, Contribution à l'étude de l'œil chez les aliénés. Archives de neurologie. No. 1. p. 1.
245. *Mills* and *Allen*, Two cases of the polyneuritic psychosis with necropsies and microscopical findings. Amer. journ. of insanity. vol. 64. Nr. 2. p. 327.
246. *Minkowski*, Über zerebrale Blasenstörungen. Deutsche Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 33. H. 1 und 2.
247. *Minor, L.*, Über das Quinquaudsche Phänomen und seine Häufigkeit bei Nichttrinkern und bei Alkoholismus, Hysterie, Tabes und anderen nervösen Erkrankungen. Berl. klin. Wochenschrift Nr. 18—21.
248. *Mirman, M.*, Enquête sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool contenant des essences. Ann. méd.-psych. No. 2. p. 246.

249. *Möbius*, *P. J.*, Ausgewählte Werke, Bd. 8. Über die Anlage zur Mathematik. 2. Aufl. Leipzig. Barth. 264 Seiten. 4.50 M.

250. *Möbius*, *P. J.*, Geschlecht und Unbescheidenheit. 2. Aufl. Halle. Marhold.

251. *Mönkemöller*. Geisteskrankheit und Geistesschwäche in Satire, Sprichwort und Humor. Halle. Marhold. 562 Seiten. 6 M. (S. 96*.)

252. *Mondio*, *G.*, La psichiatria. Le sue recenti conquiste e le sue elevate tendenze. Gazzetta Siciliana di medicina e chirurgia. Januar.

253. *Mongeri*, *L.*, Patologia speciale delle malattie mentali con sommarie considerazioni medico legali per gli studenti, medic. pratici e giuristi. Milano. Hoepli. 261 Seiten, 26 Tafeln. 3.50 Fr.

254. *Moravcsik*, *E. E.*, Über einzelne motorische Erscheinungen Geisteskranker. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. H. 5. S. 733.

255. *Moreira*, *J.*, und *Peixoto*, *A.*, Les maladies mentales dans les climats tropicaux. Ann. méd.-psych. No. 1. p. 58. (S. 99*

256. *Morrisson*, *C. S.*, The inference of local degeneracy from a comparison of the vital statistics of the peaple. Journ. of mental science. Nr. 223. S. 795. (S. 99*.)

257. *Morselli*, A., La tuberculosi nella etiologia e patogenesi delle malattie nervosi e mentali. Torino. Unione tipografica-editrice torinese. 231 Seiten. 5 Lire.

258. *Näcke*, *P. A.*, Über Kontrastträume und speziell sexuelle Kontrastträume. Archiv f. Kriminalanthropologie.

259. *Naegeli-Ackerblom*, Medikohistorischer Beitrag zur Frage der erblichen Belastung. Therap. Monatsh. H. 6.

260. *Nagelschmidt*, *Fr.*, Zur Indikation der Behandlung mit Hochfrequenzströmen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 32. S. 1289. (S. 113*.)

261. *Neumann*, *A.*, Zur pathologischen Anatomie und Symptomatologie der posttraumatischen Demenz. Inaugural-Dissertation. Würzburg.

262. *Nienhaus*, *E.*, Ein Fall von Veronalvergiftung. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. Jahrg. 37. Nr. 10. (S. 113*.)

263. *Noïca*, Contributions nouvelles à l'étude des reflexes osseux. Revue neurologique. No. 5.

264. *Oeconomakis*, *M.*, Dementia primitiva (praecox), Hebephrenie, Katatonie, Paranoia. Athen. Sakellarios. 108 Seiten.

265. *Oeconomakis*, *M.*, Die Sehnenreflexe angestrengter Körperteile. Untersuchungen an Marathonläufern. Neurolog. Zentralbl. Nr. 11 und 12. S. 498 und 563.

266. *Oppenheim*, *H.*, Nervenkrankheit und Lektüre. Nervenleiden und Erziehung. Die ersten Zeichen der Nervosität des Kindesalters. 3 Vorträge. Berlin. Karger. 3 M.

267. *Osann*, *E.*, Untersuchungen über den Mendel-Bechterewschen Fußrückenreflex. Münch. med. Wochenschrift Nr. 50 S. 2468.

268. *Packard*, *Fr. H.*, Prognosis in cases of mental disease showing the feeling of unreality. Am. journ. of insanity. vol. 64. Nr. 2. p. 263.

269. *Paladino-Blandini*, *A.*, Nel campo della etiologia della pellagra. Qualche metodo e qualche critica; problemi che si pretendono risolti e che sono ancora da risolvere. Rivista sperim. di freniatria. vol. 33. p. 671.

270. *Pardo*, *G.*, Ricerche sull' indossiluria nei malati di mente. Rivista sperim. di fren. vol. 33. p. 275. (S. 105*.)

271. *Pardo*, *G.*, Ulteriori ricerche sull' indossiluria nei malati di mente. Riv. sperim. di freniatria. vol. 33. p. 844.

272. *Pelletier*, *M.*, L'apparation des états secondaires. La méd. moderne No. 14. p. 105.

273. *Perpère*, Constipation et troubles mentaux. Progrès médical. No. 7. p. 97.

274. *Peterson* und *Jung*, Psycho-physical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals. Brain. p. 153. (S. 107*.)

275. *Petrazzani*, *P.*, Disturbi nervosi improvisi e infortuni d'automobilismo. Rivista sperimentale di freniatria. vol. 33. p. 150.

276. *Pfersdorff*, Über Denkhemmung. Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 166.

277. *Pfersdorff*, *K.*, Die senilen Veränderungen der Sprache. Inaugural-Dissertation. Straßburg.



278. *Phar, A. St.*, Angst. Die Behandlung und Heilung nervöser Angstzustände, Zwangsvorstellungen und psychisch-nervöser Leiden. Leipzig. Abel und Born. 116 Seiten. 3 M.

279. *Pick, A.*, Vorschlag zu einer konventionellen Fixierung der Intensitätsgrade des Kniephänomens. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 23. S. 917.

280. *Pick, A.*, Über akustische und optisch-motorische Folgeerscheinungen von Krampfanfällen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 1.

281. *Pick, A.*, Über Störungen motorischer Funktionen durch die auf sie gerichtete Aufmerksamkeit. Wiener klin. Rundschau. Nr. 1. S. 1.

282. *Pick, A.*, Arbeiten aus der deutschen psychiatrischen Universitätsklinik zu Prag. Berlin. Karger. 143 Seiten. 8 M.

283. *Picqué, L.*, Ce que doit être à notre époque la chirurgie des aliénés. Revue de psychiatrie. No. 3. p. 89.

284. *Pieraccini, A.*, L'assistenza dei pazzi nel manicomio e nella famiglia. Milano. Hoepli. 280 Seiten. 2.50 Lire. (S. 98*.)

285. *Piéron, H.*, La théorie des émotions et des données actuelles de la physiologie. Journal de psychologie normale et pathologique. No. 5. p. 439.

286. *Pighini, G.*, La catalasi del sangue in alcune malattie mentali. Annali di nevrologia. Ann. 24. Fasc. 5—6.

287. *Pilcz, A.*, Zur prognostischen Bedeutung des Argyll-Robertsonschen Phänomens. Monatsschr. f. Psych. und Neur. 21. S. 46.

288. *Pilcz, A.*, Beitrag zur Lehre von der Heredität. Festschrift zur Feier des 25jährigen Bestandes des neurolog. Instituts an der Wiener Universität. Bd. 1. S. 282.

289. *Pilcz, A.*, Zur diagnostischen Bedeutung der Lumbalpunktion. Wiener klin. Rundschau. Nr. 27. S. 425 (S. 103*.)

290. *Ploeger, H.*, Das Verhalten der Pupillen bei der Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie, Migräne und beim Alkoholismus. Inaugural-Dissertation. Marburg.

291. *Pomeroy, J. L.*, The diagnostic value of lumbar puncture in psychiatry. Journ. of nerv. and mental disease. vol. 34. Nr. 5. p. 312.

292. *Popp*, Ein Fall von Veronalvergiftung. Therapeut. Monatshefte. März. (S. 112*.)

293. *Pringle, A. D.*, Notes on a case where a large number of foreign bodies were removed from the vagina of a chronic insane indian patient. Journ. of mental science. Nr. 222. p. 628. (S. 110*.)

294. *Probst, F.*, Edgar Allan Poe. Grenzfragen der Literatur und Medizin. H. 8. München. Reinhardt. 46 S. 1.20 M.

295. *Proskauer, F.*, Über musikalische Trugwahrnehmungen. Inaugural-Dissertation. Freiburg.

296. *Quensel, F.*, Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe. Med. Klinik. Nr. 50. S. 1509.

297. *Rahmer, S.*, August Strindberg, eine pathologische Studie. Grenzfragen der Lit. u. Medizin. H. 6. München. Reinhardt. 43 S. 1.50 M. (S. 96*.)

298. *Ranschburg*, Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Erkrankungen. Sommers Klinik f. psychische und nervöse Krankh. II. H. 1. S. 365.

299. *Rasmussen, E.*, Jesus. Eine vergleichende psychopathologische Studie. Übertragen v. A. Rothenburg. Leipzig. Zeitler. 1905. 167 S.

300 *Raymond, F.*, Névroses et psycho-nevroses. Paris. Delarne. 171 S. 3 Fr.

301. *Reichardt, M.*, Der Diabetes insipidus—Symptom einer Geisteskrankheit? Arbeiten aus der psychiatr. Klinik zu Würzburg. H. 2. Jena. Fischer. (S. 99*.)

302. *Reichardt, M.*, Über willkürliche Erweiterung der Pupillen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 4.

303. *Reichardt, M.*, Leitfaden zur psychiatrischen Klinik. Jena. Fischer. 211 S. 5 M. (S. 97*.)

304. *Reinhardt, R.*, Beitrag zur Lehre von den Puerperalpsychosen. Inaugural-Dissertation. Leipzig.

305. *Reiß, E.*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von dem Auftreten paranoider Symptomenkomplexe bei Degenerierten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 250. S. 893.

306. *Riklin*, Psychologie und Sexualsymbolik der Märchen. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. Nr. 22. S. 1[illegible]

307. *Rößle, R.*, Gibt es Schädigungen durch Kochsalzinfusionen? Berl. klin. Wochenschr. Nr. 37. S. 1165.
308. *Rohleder, H.*, Vorlesungen über Geschlechtstrieb und gesamtes Geschlechtsleben des Menschen. 2. Aufl. Bd. I: Das normale, anormale und paradoxe Geschlechtsleben. Bd. II: Das perverse Geschlechtsleben des Menschen, auch vom Standpunkte der Lex lata und der Lex ferenda. Berlin. Fischer (Kornfeld). 20 M.
309. *Roman, St.*, Gibt es ätiologische Beziehungen zwischen Diabetes mellitus und Geistesstörungen? Inaugural-Dissertation. Würzburg.
310. *Rosenbach, O.*, Die Methoden der Verstärkung des Kniephänomens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2. S. 72. (S. 108*.)
311. *Rougé*, De l'aliénation mentale consécutive à la fièvre typhoide. Ann. méd.-psych. No. 1. p. 5.
312. *Runck, Th.*, Bromural, ein neues Nervinum. Münch. med. Wochenschr. Nr. 15. S. 728.
313. *Saiz, H.*, Einige plethysmographische Untersuchungen bei affektiven Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 21. H. 6. S. 492.
314. *Salmon, Th. W.*, The relation of immigration to the prevalence of insanity. Amer. journ. of insanity. vol. 64. Nr. 1. p. 53.
315. *Sarasson, L.*, Die Herstellung moussierender Gasbäder durch Elektrolyse (Hydroxbäder). Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31.
316. *Savage, G. H.*, The Bolingbroke lecture on the factors of insanity. Lancet, Nr. 4391. (S. 103*.)
317. *Savage, G. H.*, The more recent treatment of the insane. The medical press and circular, 14. August 1907.
318. *Savage, G. H.*, The increase of insanity. London. Cassell and Co. 73 S. 2 sh. 6 d. (S. 99*.)
319. *Savage, G. H.*, Insanity. Brit. med. journ. Nr. 2412 und 2413.
320. *Savage, G. H.*, und *Goodall, E.*, Insanity and allied neuroses. London. Cassell & Co. 624 S. 6 farbige Tafeln und 45 Illustrationen im Text. 12 sh. 6 d. (S. 97*.)
321. *Schaefer, H.*, Populär-Psychiatrie des Socrates redivivus. Gespräche über den kleinen Unverstand. Würzburg. A. Stuber. 151 S. 2.50 M.

322a. *Scheel*, Psychosen und Pneumonie. Med. Klinik. Nr. 34.

322b. *Scheven*, Zur Physiologie des Kniesehnen-Reflexes. Pflügers Archiv. Bd. 117. H. 1 u. 2. (S. 108*.)

323. *Schlesinger, H.*, Über Blaseneruptionen an der Haut bei zentralen Affektionen des Nervensystems. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1086.

324. *Schlöß, H.*, Zur Kenntnis der Ätiologie der angeborenen und frühzeitig erworbenen psychischen Defektzustände. Psychiatrisch-Neurol. Wochenschr. Nr. 48—50.

325. *Schmidt, H.*, Diäthylbarbitursäure statt Veronal. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. Nr. 29. S. 265.

326. *Schmidt, R.*, Das Kamasutram oder die indische Liebeskunst. Berlin. Bahrsdorf. 500 S.

327. *Schneider*, Über akute Veronalvergiftung mit letalem Ausgang. Prager med. Wochenschr. S. 17. (S. 112*.)

328. *Schroeder, Th.*, Eratogenesis of religion. Alienist and neurologist. Nr. 3. p. 330.

329. *v. Schuckmann, W.*, Vergleichende Untersuchung einiger Psychosen mittelst der Bildchenbenennungsmethode. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. H. 4. S. 320.

330. *Schüller, A.*, Keimdrüsen und Nervensystem. Festschrift zur Feier des 25 jähr. Bestandes des Neurolog. Institutes an der Wiener Universität.

331. *Schultz, J. H.*, Über das Verhalten der Alkaleszenz des Blutes und der weißen und roten Blutkörperchen bei Nerven- und Geisteskranken. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 22. H. 1. S. 21. (S. 104*.)

332. *Schultze, E.*, Die Entwickelung des psychiatrischen Unterrichtes in Greifswald. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch. Bd. 16.

333. *Schumann, F.*, Bericht über den zweiten Kongreß für experimentelle Psychologie in Gießen 1906. Leipzig. 9 M.

334. *Schwab, S. J.*, The use of the social intercourse as a therapeutic agent in the psychoneuroses, a contribution to the art of psychotherapy. Journ. of nervous and mental disease vol. 34. Nr. 8. p. 470.

335. *Schwarz, O.*, Die nach dem Lebensalter verschiedene S



lichkeit alkoholhaltiger Getränke. Ärztl. Sachv.-Ztg. Nr. 3. S. 53.

336. *Segaloff, T.*, Die Krankheit Dostojewskys. Grenzfragen der Literatur und Medizin in Einzeldarstellungen, herausg. v. S. Rahmer. H. 5. München. Reinhardt. 54 S. 1.50 M. (S. 96*.)

337. *Seiffer, W.*, Über abnorme Bewußtseinszustände (Wandertrieb usw.). Med. Klinik Nr. 44. S. 1341.

338. *Seiffer, W.*, Die psychologische Tatbestandsdiagnose. Med. Klinik. Nr. 37. S. 1117.

339. *Shaw, C. J.*, The liability of the insane to tubercular infection as demonstrated by an examination of the tuberculo-opsonic index. Journ. of mental science. Nr. 222. p. 522.

340. *Sidis, B.*, Studies of psychopathology. The Boston medical and surgical journal. Nr. 11—15. (S. 106*.)

341. *Siefert, E.*, Über die Geistesstörungen der Strafhaft mit Ausschluß der Psychosen der Untersuchungshaft und der Haftpsychosen der Weiber. Halle. Marhold. 233 S. 6 M.

342. *Sommer, M.*, Zur Kenntnis der akuten traumatischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Bd. 22. Ergänzungsheft. S. 100.

343. *Sommer, R.*, Familienforschung und Vererbungslehre. Leipzig. Barth. 232 S. 10 M. (S. 98*.)

344. *Sommer, R.*, Psychiatrie und Familienforschung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 2—3. S. 463.

345. *Sommer, R.*, Goethes Wetzlarer Verwandtschaft. Leipzig. Barth. 47 S. 8 Abbild. 1.50 M.

346. *Sommer, R.*, Diagnostik und Therapie der psychischen und nervösen Krankheiten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1241.

347. *Sommer* und *Dannemann*. Zur Geschichte der medizinischen Fakultät der Universität Gießen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 31. S. 1257.

348. *Stadelmann*, Die kindliche Nervosität; ihre Beziehungen zur Schule und ihre Bekämpfung. Med. Klinik. Nr. 2. S. 35.

349. *Staehelin, R.*, Vegetarische Diät mit besonderer Berücksichtigung

des Nervensystems, der Blutzirkulation und der Diurese. Zeitschr. f. Biologie. Bd. 49. S. 199. (S. 112*.)

350. *Stegmann*, Zur Behandlung der Schlaflosigkeit. Münch. med. Wochenschr. Nr. 16. S. 809.

351. *Stein*, *J.*, Über eine besondere Form von Gehörshalluzinationen, bedingt durch Zerumenpropf. Prager med. Wochenschr. Nr. 33.

352. *Stein*, *J.*, Über den Begriff „Dämmerzustand". Inaugural-Dissertation. Leipzig.

353. *Stemmermann*, *Anna*, Beiträge zur Kenntnis und Kasuistik der Pseudologia phantastica. Inaugural-Dissertation. Leipzig.

354. *Sternberg*, *M.*, Ein handliches Dynamometer. Neurol. Zentralbl. Nr. 11. S. 503.

355. *Sternberg*, *W.*, Kompendiöser quantitativer Gustometer zu klinischen Zwecken. Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. S. 396.

356. *Stendel*, Arzt und Schulbetrieb. Gutachten deutscher Ärzte. Leipzig. Teutonia-Verlag. 90 S.

357. *Stransky*, *E.*, Zur Amentia-Frage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr. Nr. 248. S. 809.

358. *Strasser*, Physikalische Therapie. Med. Klinik. Nr. 15.

359. *Strassner*, *H.*, Veronal und Proponal. Inaugural-Dissertation. Rostock.

360. *Strohmayer*, *W.*, Zwei historische Geburtenkurven fürstlicher und ritterschaftlicher Geschlechter. Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. Jahrg. 4. H. 3. S. 374.

361. *Strohmayer*, *W.*, Über den Wert genealogischer Betrachtungsweise in der psychiatrischen Erblichkeitslehre. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 22. Ergänzungsheft. S. 115.

362. *Swift*, *H. M.*, Delirium and delirious states. Boston medical and surgical journal. vol. 157. Nr. 21. p. 687.

363. *Teufel*, Einige Mitteilungen über Bornyval. Med. Klinik. Nr. 18.

364. *Thompson*, *W. H.*, Brain and personality; on the physical relations of the brain to the mind. London. 6 sh.

365. *Thomsen*, *R.*, Die allgemeine praktische Prognose der Geistesstörungen. Med. Klinik. Nr. 45 u. 46. (S. 110*.)



366. *Tigges*, Untersuchungen über die erblich belasteten Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 1. S. 1.

367. *Tigges*, Die Abnormitäten der Aszendenz in Beziehung zur Deszendenz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 6. S. 891.

368. *Trendelenburg, W.*, und *Bumke, O.*, Die Beziehungen der Medulla oblongata zur Pupille. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2[illegible]

369. *Trendelenburg, W.*, und *Bumke, O.*, Experimentelle Untersuchungen zur Frage der Bach-Meyerschen Pupillenzentren in der Medulla oblongata. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 45. S. 353.

370. *Tuczek, Fr.*, Gehirn und Gesittung. Rede, gehalten bei der Übernahme des Rektorates am 13. Oktober 1907. Marburger akademische Reden, Nr. 18. Marburg. Elwert. 24 S. 0.50 M.

371. *Urquhart*, On insanity, with special reference to heredity and prognosis. Journ. of ment. science. Nr. 221. p. 233.

372. *Vaschide, N.*, Les théories du rêve et du sommeil. Revue de psychiatrie. No. 4. p. 133.

373. *Veraguth, O.*, Das psychogalvanische Reflexphänomen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 21. S. 387.

374. *Veraguth, O.*, und *Cloëtta, G.*, Klinische und experimentelle Beobachtungen an einem Fall von traumatischer Läsion des rechten Stirnhirns. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilkunde. Bd. 32. S. 407.

375. *Verhaeghe, A.*, Considérations sur la fréquence des troubles génitaux chez les aliénées et leur rôle en pathologie mentale. Lille. Sautai. 96 S.

376. *Verworn, M.*, Die Mechanik des Geisteslebens. Aus Natur und Geisteswelt. Bd. 200. Leipzig. Teubner. 104 S. 1 M.

377. *Vinaj*, Einfluß der hydriatischen Prozeduren auf den Temperatursinn. Blätter f. klin. Hydroth. Nr. 9.

378. *v. Voß*, Über die Hypnose in der allgemeinen Praxis. Vortr. im medizin. Verein zu Greifswald am 2. Febr. 1907. Münch. med. Wochenschr. Nr. 14. S. 693, Deutsche med. Wochenschr. Nr. 26. S. 1069.

379. *de Vries, H.*, Der Mechanismus des Denkens. Bonn. Hager. 2.50 M.

380. *Wassermeyer*, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. Archiv f. Psychiatrie. Bd. 45. H. 1. S. 124. (S. 108*.)

381. *Weber*, *E.*, Über die Ursachen der Blutverschiebung im Körper bei verschiedenen psychischen Zuständen. Archiv f. Anatomie u. Physiologie. S. 293. (S. 100*.)

382. *Weber*, *E.*, Neue Beobachtungen über Volumschwankungen des menschlichen Gehirns bei bestimmten Einwirkungen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 22. H. 3. S. 218. (S. 99*.)

383. *Weber*, *L. W.*, Zur prognostischen Bedeutung des Argyll-Robertsonschen Phänomens. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 21. H. 3. S. 271.

384. *Weber*, *L. W.*, Fortschritte in der Diagnostik der Nervenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 33. S. 1321 u. Nr. 34. S. 1372.

385. *Weinberg*, *W.*, Verwandtenehe und Geisteskrankheit. Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. Jahrg. 4. H. 4. S. 471.

386. *Weinberg*, *W.*, Aufgabe und Methode der Familienstatistik bei medizinisch-biologischen Problemen. Zeitschr. f. soziale Medizin. Bd. 3.

387. *Wells*, *D. W.*, Psychology applied to medicine. Philadelphia. Davis. 141 S.

388. *Westphal*, *A.*, Über ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillen-Phänomen, sowie Bemerkungen über Pupillenstarre bei Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 27. S. 1080.

389. *Weygandt*, *W.*, Psychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis. Med. Klinik. Nr. 36.

390. *Wille*, Wert und Gefahren der Hypnose. Friedreichs Blätter f. gerichtl. Medizin. 58. H. 2.

391. *Wilmanns*, *K.*, Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen" Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Nr. 242. S. 569.

392. *Witry*, Eine religiöse Suggestivepidemie in Deutschland. Med. Klinik. Nr. 39. S. 1177.

393. *Wolff*, Psychiatrisches aus Syrien. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 2—3. S. 496.



394. *Wolffson, E.*, Ein Beitrag zur Frage der nosologischen Stellung der Hypochondrie. Inaugural-Dissertation. Kiel.

395. *Ziehen, Th.*, Über die klinische Stellung der Angstpsychose. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. H. 6. S. 1010.

396. *Ziehen, Th.*, Beitrag zur Methodik der Statistik und der Klassifikation der Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 22. Ergänzungsheft. S. 161. (S. 98*.)

397. *Zweig, A.*, Zur Hydrotherapie des Klimakteriums. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 11. S. 424.

I. Geschichtliches.

Mönkemöller (251) sorgt in dankenswerter Weise dafür, daß der Ernst der psychiatrischen Literatur von heiterer Laune unterbrochen wird. In lustigem Plaudertone berichtet er, was in der Literatur aller Zeiten und Länder über Torheit und Verschrobenheit gespottet ist.

Ireland (170) zeigt, wie auf dem Boden der allgemeinen Abenteuersucht, des kritiklosen Glaubens und eines bis an die Grenzen der Wahnideen reichenden Aberglaubens im Mittelalter leicht eine allgemeine psychische Infektion entstand, welche die Massen zu willigen Werkzeugen in der Hand von notorischen Geisteskranken oder geschickten Demagogen machte. Aus der allgemeinen Unzurechnungsfähigkeit entsprangen zunächst die scheußlichsten Bestialitäten, dann aber auch die dauernden Mißerfolge. Der erfolgreichste Kreuzzug war der Friedrichs II. von Hohenstaufen, der ja auch fast ohne Schwertstreich verlief. Dieser aber war nur aus Staatsklugheit unternommen. (*Bartsch*-Lüneburg.)

Rahmer (297) teilt einen Auszug aus Büchern des schwedischen Schriftstellers August Strindberg mit, die eine Autobiographie, eine Geschichte seiner seelischen Entwicklung darstellen. Es werden in diesen Werken Wahnideen, vorwiegend depressiven Charakters, und Sinnestäuschungen geschildert. Der Zustand des Schriftstellers wird als Melancholie bezeichnet. Uns will eine derartige Pathographie über einen Lebenden bedenklich erscheinen.

Segaloff (336) beschreibt die Krankheit Dostojewskys. In den Werken des Dichters sind Geisteskranke und Epileptiker häufig. Dostojewsky selbst litt an Epilepsie. Seine Angstanfälle und sonstigen erheblichen Beschwerden hörten mit der Stunde auf, als er verhaftet wurde, um dann nach Sibirien verschickt zu werden.

Albrecht (5) weist in gemeinverständlichen Darlegungen nach, daß Fritz Reuter an Dipsomanie oder periodischer Trunksucht litt. Die Anfänge dieser Krankheit lassen sich bereits vor der Festungshaft nachweisen; diese bildete also nur ein auslösendes Moment für schwereres Auftreten der Krankheit.

Araky (12) berichtet über die Beobachtungen, die an 211 japanischen Soldaten während des Krieges gegen Rußland angestellt wurden. Als Ursachen der geistigen Störungen waren besonders Überanstrengung, Typhus und Beriberi anzusehen.

Über andere Mitteilungen aus dem russisch-japanischen Kriege ist in dem Abschnitt: „Psychiatrie und Militär“ (Seite 69*) berichtet.

II. Allgemeines.

Das Lehrbuch der Psychiatrie von *Binswanger* und *Siemerling* (38) erscheint in zweiter Auflage, vermehrt um einen Abschnitt über forensische Psychiatrie. *Binswanger* hat die allgemeine Psychiatrie bearbeitet, einschließlich eines Anhanges: „Die psychiatrischen Aufgaben des ärztlichen Sachverständigen.“ Von *Westphal* ist der zweite Abschnitt, umfassend die Manie, Melancholie, die periodischen und zirkulären Geistesstörungen, die Neurasthenie und die Hypochondrie. *Siemerling* behandelt Paranoia mit den Unterabteilungen Paranoia acuta, Paranoia chronica, Querulantenwahnsinn und induziertes Irresein, ferner Delirien, Amentia, Graviditäts- und Puerperal-Psychosen. Der dritte Abschnitt von *Hoche* umfaßt Imbezillität, Idiotie, Kretinismus, Myxödem, Hebephrenie, Katatonie und Dementia paranoides. *Cramer* beschreibt die Alkoholpsychosen, die Psychosen bei Morbus Basedowii und bei Chorea, die Morphiumpsychosen, Kokainpsychosen, die hysterische und epileptische Seelenstörung. In dem letzten, von *Wollenberg* verfaßten Abschnitt werden die organischen Psychosen behandelt: Dementia paralytica, Geistesstörungen bei Arteriosklerosen, senile Geistesstörungen, die bei Gehirnsyphilis, Gehirntumoren und multipler Sklerose, sowie traumatische Psychosen.

Savage (320) läßt sein zuerst 1884 erschienenes Handbuch in neuer Bearbeitung in Gemeinschaft mit *Goodall* erscheinen. Das sehr handliche Buch ist um 6 farbige Tafeln vermehrt. Die Abbildungen, die sich auf die Anatomie des Zentralnervensystems beziehen, sind von *Mott* besorgt.

Reichardt (303) gibt in seinem „Leitfaden zur Psychiatrischen Klinik“ eine in erster Linie für Studenten berechnete, knapp gefaßte, klare Anleitung zur Untersuchung und Beurteilung von Geisteskranken. Dabei findet die Gehirnanatomie in ausgedehntem Maße Berücksichtigung.

Eschles (89) Grundzüge der Psychiatrie sollen die Grundlagen geben, mit deren Hilfe sich der Leser ein Bild der Irrenheilkunde machen kann. Zugleich soll es die Psychiatrie im Zusammenhange mit den übrigen Zweigwissenschaften der Medizin schildern. Alte und neue Anschauungen werden gleichmäßig berücksichtigt, damit nicht nur der Student, sondern auch der ältere Arzt sich eine Vorstellung von dem heutigen Stande der psychiatrischen Forschung machen kann.

Der erste Abschnitt erläutert das Wesen und die Entwicklung des Irreseins unter Gesichtspunkten der Energetopathologie *O. Rosenbachs* und *Ziehen*scher Anschauungen. Der zweite bringt die Krankheitsbilder, eingeteilt im großen Ganzen nach dem Vorgange *Kräpelins*. Unter ihnen erkennt er die Amentia als selbständiges Krankheitsbild, charakterisiert durch Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, motorische Erregung und akuten Verlauf, an. Von der seltenen Paranoia (1 %) grenzt er den Querulantenwahn und die hypochondrische Paranoia, diese im Sinne *Ziehens*, ab. Neben ihr stellt er aber auch die Hypochondrie noch als selbständiges Krankheitsbild auf. Der Hypochonder fühlt sich krank, der hypochondris

Paranoiker sich krank gemacht. Seine Anschauungen über Melancholie und über manisch-depressives Irresein entsprechen wieder denen *Kräpelins.* Bei den Alkoholpsychosen empfiehlt er Anstaltsbehandlung, während er den Trinkerheilstätten wenig Wert beimißt. Den epileptischen Krampf erklärt *E.* nach *Rosenbach* als Zeichen temporären Mangels an Sauerstoffenergie im Gewebe, die Hysterie als Kombination nervöser und neurasthenischer Symptome, die sich nicht zu einer harmonischen Einheit zusammenfassen lassen. Die Erklärung der traumatischen Neurose, die er als einheitlichen Begriff: Kinetose darstellt, dürfte Widerspruch begegnen. Bei den Schwachsinnsformen vermißt man die familiäre amaurotische Idiotie. Die Jugendformen des Irreseins werden sehr knapp nach dem Muster *Kräpelins* besprochen. Der dritte Abschnitt bringt Winke für die Sachverständigentätigkeit des Psychiaters, die praktische Seite in recht gedrängter Kürze.

(*Wendenburg*-Lüneburg).

Marcinowski (225) gibt eine gemeinverständliche Anleitung „zum Verständnis und zur Heilung nervöser Zustände" mit dem Motto: „Der Arzt soll seine Kranken aufklären, damit sie ihm nicht blindlings gehorchen, sondern ihm gerne folgen, weil sie ihn verstanden haben".

Besmers (32) Schrift ist eine Kompilation aus verschiedenen psychiatrischen Lehrbüchern, geschrieben, erläutert und erklärt nach den Grundsätzen der aristotelisch-scholastischen Philosophie. Sie soll der katholischen Kirche zur Abwehr gegen den Monismus dienen. (*Wendenburg*-Lüneburg).

Ziehen (396) empfiehlt in seiner beherzigenswerten Schrift über die Klassifikation der Psychosen vor allem Offenheit gegen uns selbst. Objekte der naturwissenschaftlichen Forschung soll man nicht in das Prokrustesbett eines Substantivs oder in Rubriken einzwängen. Dies führt dazu, den Tatsachen Zwang anzutun. und hemmt den Fortschritt, indem wir uns selbst hindern, die mit wachsender Erfahrung sich mehrenden neuen Tatsachen zu erkennen und zu verwerten. *Z.* demonstriert an Auszügen aus den entsprechenden Zusammenstellungen seiner Klinik den großen Nutzen, den seine Methode der Diagnosenstellung und der danach erfolgenden Klassifikation der Psychosen für uns Psychiater hat, und über welchen großen Reichtum an Syndromen, Krankheits- und Zustandsbildern wir schon jetzt verfügen, wenn wir den offiziellen Weg der Zählkarten und Anstaltsberichte einmal verlassen. (*Wendenburg*-Lüneburg).

Ballet (22) erörtert die Prophylaxe und Behandlung der Nervenschwäche. Besonderer Wert wird auf die Psychotherapie und zweckmäßige Ernährung gelegt.

Pieraccini (284) gibt einen Leitfaden für das Wartpersonal. Nach einer kurzen Beschreibung der Geisteskrankheiten werden die verschiedenen Abteilungen einer Irrenanstalt besprochen, und ferner werden Anleitungen für die Pflege der verschiedenen Kranken gegeben. Besonders ausführlich wird die Behandlung der Kranken in Familienpflege besprochen.

Die Vorrede zu dieser zweiten Auflage ist von *Morselli* geschrieben.

Sommer (343) liefert einen Versuch, die beobachtende Psychologie mit der naturwissenschaftlichen Entwicklungslehre in engste Berührung zu bringen, um die Vererbungs- und Variationserscheinungen in den menschlichen Familien

methodisch zu untersuchen, aus deren Beschaffenheit alle Gesellschaftsentwicklung entspringt. Als Beispiel wird die Familie Soldan, die bis in das vierzehnte Jahrhundert hinauf verfolgt werden kann, vom Standpunkte der Vererbungslehre genauer behandelt.

Reichardt (301) kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu der Behauptung, der Diabetes insipidus sei ein Symptom, keine Krankheit, und zwar fast stets Symptom einer psychischen Anomalie, am häufigsten der Hypochondrie, dann aber auch der Melancholie, Epilepsie, des angeborenen und des später entstandenen Schwachsinns.

Moreira und *Peixoto* (255) fanden in tropischen Klimaten dieselben Psychosen wie in anderen Zonen. Latah und Amok gehören der Hysterie und der Epilepsie an, ebenso das Myriachit Sibiriens und Lapplands, das Jumping Nordamerikas und das Bah-tschi der Siamesen. Die Psychosen Brasiliens zeigen keine Beziehungen zu den thermischen Maximis, den klimatischen Faktoren und der Malaria. Auch die Rasse macht keinen Unterschied. (*Wendenburg*-Lüneburg).

Savage (318) konstatiert zunächst eine Zunahme der geisteskranken Individuen in Groß-Britannien, und zwar hauptsächlich der senilen Psychosen — 109 % in den Jahren 1844 bis 1903 —, aber auch der auf Grund der erblichen Belastung und der Trunksucht, insbesondere der progressiven Paralyse und der Paranoia simplex sowie der hebephrenischen Demenz. Ursache ist nicht so sehr die Degeneration der Rasse als vielmehr der Umstand, daß man heute leichter die Kranken den Anstalten zuführt, deren Lebensdauer daselbst viel länger ist, und die gesteigerte Zivilisation einen weit höheren Anspruch an die Adaptionsfähigkeit des Individuums an seine Umgebung stellt. Nur für die Paralyse ist eine absolute Zunahme zu konstatieren, bedingt durch die Zunahme der Syphilis und die Erschwerung des Kampfes ums Dasein — Industriezentren —. Der anscheinende Rückgang der Geisteskranken im letzten Jahre 1906 beruht auf dem Umstande, daß viele gegenwärtig sich in Familienpflege befinden, wie ja auch namentlich die Zahl der internierten Kranken aus den besseren Ständen abgenommen hat. In den letzten 50 Jahren ist der Prozentsatz der geheilten Fälle stationär geblieben — 54,19 % aller nicht von vornherein unheilbaren Psychosen. Auffallend ist eine Zunahme der depressiven Phasen im Verlaufe der chronischen Psychosen. Auf den Ausbruch der akuten, transitorischen Geistesstörung soll die Influenza einen großen Einfluß haben. (*Bartsch*).

Nach *Morrison* (256) nimmt in Herefordshire, einem ländlichen Bezirke, die Bevölkerung seit 1870 konstant ab. Bei ungefähr gleichbleibender, prozentualer Heirats-, Geburts- und Sterblichkeitsziffer nahm die Fruchtbarkeit der Ehen seit 1870 erheblich ab. Umgekehrt stieg die Aufnahmeziffer der Bezirksheilanstalt stark, stärker als im übrigen England und namentlich auch die Zahl der Schilddrüsenkranken unter den Aufgenommenen. Dementsprechend war die Zahl der erworbenen Geisteskrankheiten geringer, die der auf angeborenen Defekten beruhenden größer als früher. (*Wendenburg*-Lüneburg).

E. Weber (382) machte seine Versuche an einem 10jährigen Knaben, der durch Fall von einem Gerüst sich einen Schädeldefekt von ½ cm Breite und 2 cm Länge

auf der linken Stirn zugezogen hatte. So lange der Knabe frisch war, ließ sich bei geistiger Arbeit die bisher immer beobachtete Volumvermehrung des Gehirns feststellen, die mit Abschluß der Arbeit wieder sank, die Pulse waren infolge der aktiven Gefäßdilatation vergrößert. Die Erscheinungen hielten auch bei länger dauernder geistiger Tätigkeit an, häufig erfolgte nach der Volumenabnahme noch eine zweite kürzere Steigerung. Wesentlich andere Resultate wurden beobachtet, wenn die Versuche sehr lange (½ bis 1 Stunde) fortgesetzt wurden oder wenn der Knabe schon bei Beginn der Versuche ermüdet war. Dann trat nach einer Volumvermehrung geringer Stärke nach kurzer Zeit eine Volumverminderung unter den Anfangszustand ein, die Pulse wurden infolge der Gefäßkonstriktion erheblich kleiner, die Rückkehr zur Norm nach beendeter Arbeit war wesentlich verlangsamt. Wurden die Versuche dann noch fortgesetzt, dann fiel auch die anfängliche geringe Volumvermehrung fort, es trat sofort eine erhebliche Verminderung ein, die Pulse schwanden oft ganz. Die Ursache dieser Volumveränderung des Gehirns bei geistiger Arbeit sieht Verfasser in der Einwirkung von verengenden und erweiternden Gefäßnerven für das Gehirn.

An derselben Versuchsperson wurde bei kräftigen lokalisierten Bewegungen z. B. Händedrücke eine Steigerung des Gehirnvolums festgestellt, während an den äußeren Teilen des Kopfes, am Ohr gemessen, eine Abnahme des Blutdruckes beobachtet wurde. (*Behr*).

In seiner allgemeinverständlichen, aber doch wissenschaftlichen Abhandlung definiert *Meyer* (243) den Schmerz als einen Bewußtseinsvorgang vom Charakter des Gefühls, in dem der Abwehrtrieb bewußt wird. Im zweiten physiologischen Teile bespricht er die Physiologie des Schmerzes, sein anatomisches Substrat und seine pathologischen Veränderungen. Da der Schmerz an einen komplizierten nervösen Apparat gebunden ist, so tritt er erst verhältnismäßig spät in der Tierreihe auf, und das höchstentwickelte Lebewesen, der Mensch, hat demnach den Vorzug, wie kein anderes von Schmerzen gepeinigt zu sein.

(*Wendenburg*-Lüneburg.)

Lewandowski (207) stellt die Funktionen des Zentralnervensystems von den einfachsten bis zu der Grenze, an der das Gebiet der Psychologie beginnt, dar. Klinik und Experiment, Physiologie und Pathologie haben dabei gleiche Berücksichtigung gefunden. Die Grundlage bilden ältere gesicherte Forschungsergebnisse, eigene Beobachtungen an Tier und Mensch und kritische Besprechungen noch nicht eindeutig festgestellter Untersuchungsergebnisse. Diesen Grundsätzen wird der Autor in jedem Teile seines Werkes gerecht. Und wenn man sich auch nicht immer auf seinen Standpunkt stellen kann oder will, so bietet das Buch doch jedem, der sich über die Funktionen des Zentralnervensystems zu klinischen oder experimentellen Zwecken informieren will, in übersichtlicher Kürze ein großes Material mit Fleiß zusammengetragener Daten. Die Abbildungen sind gut, das Literaturverzeichnis übersichtlich und reichhaltig. (*Wendenburg*-Lüneburg.)

E. Weber (381). Bei geistiger Arbeit, Erschrecken, Unlustgefühlen und unlustbetonten Affekten findet ein Strömen des Blutes von den äußeren Körperteilen nach den Bauchorganen hin statt, während andererseits bei der Entstehung leb-

hafter Bewegungsvorstellungen, bei Lustgefühlen oder lustbetonten Affekten das Blut von den Bauchorganen zur Peripherie strömt. Diese Blutverschiebung beruht, wie durch zahlreiche interessante Versuche mit Hilfe zweier ganz verschiedener Untersuchungsmethoden (innere Plethysmographen und *Mossos* Menschenwage) festgestellt werden konnte, auf der Kontraktion und Dilatation der Gefäße der Bauchorgane. (*Behr.*)

Bevan-Lewis (33) bespricht die Neuronen und Fibrillentheorie. Ermüdung läßt die Größe und den Chromatingehalt der Zelle abnehmen, es treten Vakuolen auf, die fuchsinophile Substanz nimmt zu. Ruhe bewirkt den umgekehrten Prozeß, dabei spielen die von ihm „Straßenfegerzellen" benannten Gebilde eine große Rolle, welche er in allen Fällen von vermehrter Aktivität des Gehirns gefunden hat. *Duvals* Schlaftheorie fehlt nach seinen Erfahrungen das anatomische Substrat.
(*Wendenburg*-Lüneburg.)

Karplus (179) fand beim Menschen häufig Vererbung der Großhirnfurchen und dadurch bedingte Familienähnlichkeit der Gehirne. Bei Affen (Macacus) war dies nicht der Fall, doch besteht hier eine große Übereinstimmung der beiden Hemisphären desselben Gehirns. Hunde und Katzen zeigten unverkennbare Familienähnlichkeiten in den Großhirnwindungen. Im Rückenmark und Hirnstamm zeigen stark variierende, phylogenetisch jüngere Teile, wie die Pyramidenbahn, weniger deutliche Familienähnlichkeit als weniger stark variierende, phylogenetisch ältere Teile, z. B. der Hypoglossuskern.

Freud (113) erklärt das häufig vorkommende Versprechen und Vergessen durch die Annahme, daß man die Namen und Worte am leichtesten vergißt, die mit irgendwelchen Begriffen in Verbindung stehen, an die man sich nicht gern erinnert, und daß sich unbewußt für die unangenehmen Erinnerungsbilder andere einschieben, so daß sie zu „Deckerinnerungen" werden.

Alsbergs Schrift (6) bringt die gesicherten anatomischen und physiologischen Unterschiede zwischen Mann und Weib in kurzer Übersicht.
(*Wendenburg*-Lüneburg.)

Die von *Ceni* (57) bei entrindeten Hähnen und Hennen beobachteten Störungen der Fortpflanzungsfähigkeit beruhen wohl zum größten Teil auf Atrophie der Keimdrüsen infolge Marasmus. (*Wendenburg*-Lüneburg.)

Lomer (211) definiert die Liebe als „die intuitive Erkenntnis des zurzeit besten Komplements zur Konjugation. Liebe ist ein geheimnisvolles Erkennen des für die Gattung Zweckmäßigsten. Liebe ist ein Werdeprozeß, in dessen Flammen zwei verwandte Keime ineinandergeschweißt werden, um ein drittes Neues von so guter Qualität zu schaffen, wie es in dem fraglichen Zeitpunkt der höchsten Schöpfungsfähigkeit der elterlichen Organismen entspricht. Und dieses dritte Neue ist das möglichst vollkommene Kind." Nachdem er dann die Umwandlung beschrieben hat, welche durch die Liebe mit dem ganzen Menschen, und besonders mit seiner Urteilsfähigkeit, vor sich geht, erklärt er die Liebe für eine im individuellen Sinne apthologische, d. h. von der Norm des durchschnittlichen seelischen Verhaltens abweichende Erscheinung, die aber im sozialen Sinne gefaßt etwas durchaus Zweckdienliches und Physiologisches ist. „Nehmen wir also den Begriff ‚physiologisch'



sozial, den Begriff ‚Paranoia' individuell, so glaube ich, die ‚originäre Liebe' am besten und auch am kürzesten zu charakterisieren, wenn ich sie als einen der Paranoia verwandten oder nahestehenden Zustand bezeichne; man könnte sogar sagen: als eine temporäre physiologische Paranoia."

Havelock Ellis (85) erörtert im Anschluß an seine früheren Studien über Sexualpsychologie die krankhaften Geschlechtsempfindungen. Er führt sie auf den „erotischen Symbolismus" zurück, unter dem er ein psychisches Verhalten versteht, wodurch die Aufmerksamkeit des Betroffenen von dem Kerne des sexuellen Reizkomplexes hinweg- und einem Gegenstande oder Vorgang zugewendet wird, der zu diesem nur in entfernterer oder in gar keiner Beziehung steht, wiewohl er assoziativ durch Ähnlichkeit oder Aufeinanderfolge in Zeit und Raum mit ihm verknüpft sein kann.

Dammann (66) veröffentlicht sein Buch über die geschlechtliche Frage, „Aufklärungen über ein dunkles Gebiet für jedermann, insbesondere für unsere reifere Jugend", weil er unter den zahlreichen volkstümlichen Veröffentlichungen über diesen Gegenstand keine gefunden hat, die „von einem wirklichen Fachmann, einem Seelenarzt oder Psychiater, verfaßt ist, der die Erforschung und Behandlung des menschlichen Geschlechtslebens zu seinem Sonderfach gemacht hat. Diese Lücke soll das Werk ausfüllen".

Unter dem Pseudonym *N. O. Body* (45) berichtet ein männlicher Pseudo-Hermaphrodit, der als Mädchen erzogen wurde, über die Schwierigkeiten und Leiden, die für ihn aus der falschen Geschlechtsbestimmung erwuchsen. Der anatomische Befund der Genitalien wird nicht mitgeteilt.

Eine „Schwester Vera" (86) erzählt ihre Erlebnisse, vorwiegend sexueller Art, aus einer chirurgischen Privatklinik. Selbst wenn es irgendwo in Deutschland ein solches Schmutzloch geben sollte, wie es die Klinik der Schwester Vera ist, so entspricht es doch nicht im geringsten der Wahrheit, wenn sie behauptet: „Was ich erfahren habe, das erfahren alle Schwestern", und „die moralische Haltung in dem Schwesternwesen — oder richtiger gesagt, dem Schwesternunwesen — ist überall dieselbe." Ebenso irreführend ist der Anhang, in dem eine Kranke von der „Behandlung" mit Zelle und Zwangsjacke erzählt, die sie im Jahre 1901 in einer deutschen Anstalt erfahren haben will.

III. Ätiologie.

E. Meyer (241) erörtert in übersichtlicher Weise die Ursachen der Geisteskrankheiten. Er unterscheidet innere und äußere Ursachen. Zu den inneren gehören: allgemeine Prädisposition (Lebensalter, Geschlecht, Rasse, Klima), Kultur und Zivilisation (Beruf, Militärdienst, Krieg) und Heredität. Die äußeren Ursachen werden in körperliche und psychische Ursachen eingeteilt.

Jelgersma (162) hält es für eine unbestreitbare Tatsache, daß die nervösen Krankheiten immer häufiger werden. Die moderne Zivilisation ist gekennzeichnet durch den Mangel an Ruhe. Bei den Erwachsenen sind es besonders die Enttäuschungen, die das Nervensystem schädigen, bei den Kindern dagegen die zu große geistige

Arbeit. Die moderne Frauenbewegung ist charakteristisch für die jetzige Zivilisation und eine der fruchtbarsten Quellen für die Nervosität der Frau. Das starke Verantwortungsgefühl und die große Gewissenhaftigkeit des weiblichen Geschlechts führt zu besonders schweren Zweifeln, Überanstrengungen und Enttäuschungen und damit zur Neurasthenie und Hysterie. Es ist zu hoffen, daß die Zivilisation selbst durch ihr immer wachsendes Können und Wissen lehren wird die Wunden zu heilen, die sie selbst schlägt.

Savage (316) präzisiert in seinem Vortrage über die Ursachen der Psychosen seinen Standpunkt dahin, daß nur prädisponierte Individuen geisteskrank werden können. Art und Grad der geistigen Störung hänge von dieser Veranlagung ab. Teilweise beruhten sie auf Anomalien des Gehirns, teilweise auf sozialen Mißständen. Die Furcht vor allgemeiner Degeneration der Rasse sei unbegründet.

(*Bartsch*-Lüneburg.)

Feer (93) findet, daß durch Verwandtenehen die Entstehung von Retinitis pigmentosa und angeborener Taubstummheit begünstigt wird, also von zwei Krankheiten, die auf eine Entwicklungsstörung und Degeneration des embryonalen Ekdoderms in den höchsten Sinnesorganen zurückgeführt werden können. Andere schädliche Folgen, die auf Blutsverwandtschaft der Eltern beruhen, sind nicht erwiesen, sondern die Krankheiten der Nachkommen erklären sich aus den auch sonst gültigen Tatsachen der Vererbung. Der Arzt soll allgemein von Verwandtenehen abraten, ganz energisch da, wo erbliche Leiden in der Familie vorliegen. Eine vermehrte Einschränkung der Verwandtenehen durch Gesetz erscheint ungerechtfertigt, so lange man nicht die Ehen von Syphilitischen, Taubstummen, Alkoholikern usw. verhindert.

Im Anschluß an Malariainfektion traten bei einem 57jährigen Patienten *Fornacas* (104) mittelschlägige Zitterbewegungen in allen Gelenken auf. Sie ließen den Kopf frei, steigerten sich mit jedem Fieber und bei aktiven Bewegungen. Blutbefund: Tertiana. Besprechung der Differentialdiagnose.

(*Wendenburg*-Lüneburg.)

Zwölf Vorlesungen *Krons* (190) geben eine vielleicht etwas subjektive, aber sehr anschauliche Übersicht über den Zusammenhang zwischen Zahn- und Nervenkrankheiten. Besonders das elfte Kapitel über die Zahnpflege in den Irrenanstalten ist für den Psychiater beherzigenswert. (*Wendenburg*-Lüneburg.)

IV. Pathologie.

E. Meyer (240) untersuchte den Liquor cerebrospinalis bei etwa hundert Geisteskranken. Die Befunde führten zu dem Resultate, daß bei zweifelhaften Paralyse- und überhaupt organischen Fällen der positive Ausfall der Liquoruntersuchung den Verdacht auf Paralyse bzw. organische Erkrankung vermehrt, während der negative ihn vermindert. Trübung bei Zusatz von Magnesiumsulfat-Lösung und Lymphozytose kamen zumeist zusammen vor.

Pilcz (289) berichtet von einem Falle subakuter tuberkulöser Meningitis mit allgemeiner Tuberkulose, welche psychisch [illegible] Bilde einer polyneuritischen



Psychose verlief. Durch Autopsie war der Befund gesichert, während die in vita entnommene Zerebrospinalflüssigkeit vollkommen klar war, nach dreitägigem Stehen keine Fibringerinnsel zeigte, und Tuberkelbazillen in ihr nicht nachgewiesen werden konnten. (*Bartsch*-Lüneburg.)

Pilcz (289) beobachtete neun Tage lang eine 30 jährige Frau, die bald benommen war, bald in ihrem psychischen Verhalten das Bild einer *Korsakowschen* Krankheit bot. In der durch Lumbalpunktion gewonnenen vollkommen klaren Flüssigkeit bildeten sich selbst nach dreitägigem Stehen keine Gerinnsel und konnten keine Tuberkelbazillen nachgewiesen werden. Trotzdem fand sich bei der Obduktion subakute, tuberkulöse Leptomeningitis.

J. H. Schultz (331) hat mittels einer geschickten Modifikation der *Friedenthal*schen Methode an 61 Geistes- und Nervenkranken jeder Kategorie die Alkaleszenz des Blutes untersucht und keine Abweichung in der Reaktion von der Norm gefunden. In 233 Fällen derselben Erkrankungen zählte er die Zahl der Blutkörperchen und bestimmte den Hämoglobingehalt. Er fand, daß bei Idiotie und katatonischer Demenz der Hämoglobingehalt höher war, als er der Zahl der Erythrocyten entsprach. Die so oft anämisch aussehenden Hysterischen wiesen außer einer Herabsetzung an Leukocyten normale Verhältnisse auf. Für die andern Erkrankungen konnten keine allgemein gültigen Regeln aufgestellt werden. (*Bartsch*.)

Die alimentäre Lävulosurie ist bei Pellagrösen und bei Paralytikern weniger deutlich und weniger anhaltend als bei Gesunden, Hebephrenen und Epileptikern. Sonst konnte *Lugiato* (213) keinen Unterschied feststellen.

(*Wendenburg*-Lüneburg.)

Die Untersuchungen *Lagriffe*s (199) über Degenerationszeichen bei 93 Geisteskranken bringen nichts Neues. Die Prüfung der groben Kraft gab bei Depressiven geringere Werte als bei Kranken mit heiterer Affektlage.

(*Wendenburg*-Lüneburg.)

Mann (221) fand bei Conmotio cerebri bzw. nach Schädelverletzungen Gleichgewichtsstörungen, die durch die Neigung zum Falle nach einer bestimmten Richtung ausgezeichnet waren, ähnlich wie sie bei Erkrankungen des Labyrinths beobachtet werden. Abgesehen von den Fällen, wo die Untersuchung eine Erkrankung des inneren Ohres ergab, die Gleichgewichtsstörungen also auf Verletzung des Labyrinths zurückgeführt werden konnten, fanden sich in anderen Fällen Gleichgewichtsstörungen labyrinthären Charakters, ohne daß die Hörprüfung eine Erkrankung des Ohres feststellen konnte.

Zum Nachweis des labyrinthären Schwindels bzw. Gewichtsstörung bei Kopfverletzungen empfiehlt *Mann* auf Grund seiner Beobachtung die *Babinski*sche Reaktion.

Während bei normalen Personen bei Querleitung des Stromes durch die Ohrgegend eine Neigung des Kopfes nach der Anodenseite beobachtet wird, stellt *Babinski* fest, daß bei einseitiger Ohraffektion die Neigung stets nach der Seite des kranken Ohres erfolgte, gleichgültig, ob dasselbe mit der Anode oder mit der Kathode armiert war. Nach den Untersuchungen *Manns* blieb bei den weitaus meisten Erkrankungen des Mittelohrs sowie des äußeren Ohrs, ferner bei den Erkrankungen

bei denen nur der akustische nervöse Apparat des inneren Ohres beteiligt war, die galvanische Reaktion normal, während bei Affektionen des statischen Apparates, des Vestibularanteils des inneren Ohres, die *Babinski*sche Reaktion positiv ausfiel. (*Behr.*)

Pardo (270) fand Indoxyl bei vermehrter Eiweißfäulnis, aber unabhängig von der Art der Psychose. (*Wendenburg*-Lüneburg.)

Von verschiedenen französischen Autoren wurde nach *Chavigny* (61) auf die Ernährungsstörungen hingewiesen, die schwächende Krankheiten, Infektionskrankheiten, auch Geisteskrankheiten an den Nägeln hervorrufen. Die Nägel werden dünner, sobald die Ernährungsstörung beginnt, um nach ihrer Behebung wieder die normale Dicke zu bekommen. Dadurch bilden sich an den Nägeln, besonders deutlich am Daumennagel, zwei Absätze, die eine Furche begrenzen. Wenn man nun die Wachstumszeit der Nägel kennt (nach *Beau* und *Dufour* wächst der Daumennagel in 8 bis 10 Tagen 1 mm, der Zehennagel in vier Wochen 1 mm), so kann man aus der Länge der Furche die Dauer der Krankheit berechnen. Verfasser hat nun dasselbe Verfahren für Berechnung der Dauer von Geisteskrankheiten angeordnet, was wichtig ist, wenn es sich um die Feststellung einer früher vorhandenen Geisteskrankheit oder einer Simulation handelt. (*Ganter.*)

Ewald (91) ging von der Ähnlichkeit des „Winterschlafes" der Tiere und gewisser, nicht halluzinatorischer Stuporzustände beim Menschen aus, als er unter Anlehnung an die *Ehrlich*sche Seitenkettentheorie einen Teil der Psychosen auf Störungen des O-Austausches im Gewebe — innere Atmung — zurückführte. O-Überschuß bringe Hyper-, O-Mangel Afunktion und ihre Folgezustände im weitesten Sinne hervor. Er untersuchte das Blut und bestimmte die spezifische Sauerstoffkapazität — SpO — mittels der *Haldane-Müller*schen Methode, die Alkaleszenz nach der von *Hamburger*, den Katalasengehalt — Blutferment zur Abspaltung von O aus dem Oxyhämoglobin — durch Zersetzung von H_2O_2. Er fand im Endstadium der Paralyse SpO bis auf 10,427% — normal etwa 23% —, bei Alkoholikern auf ähnliche Werte herabgesetzt, während ein euphorischer Paralytiker mit furibunden Größenideen 26,04%, eine Manie annähernd normalen SpO aufwies. Die Alkaleszenz war teils erhöht, teils normal, teils herabgesetzt, die Zahl der Katalasen fast durchweg erhöht. Ein bestimmtes Verhältnis der drei Befunde untereinander bestand nicht. Verschiedenheit der Untersuchungsmethoden und des ausgewählten Materials können den Widerspruch zu den Befunden von *J. H. Schultz* erklären. (*Bartsch*-Lüneburg.)

Mannini (222) konnte bei den von ihm anatomisch untersuchten Fällen von Störung des *Tambroni*schen Feuchtigkeitssinnes keine anatomischen Veränderungen am Gehirne feststellen. (*Wendenburg*-Lüneburg.)

Margulies (227) berichtet von zwei Fällen, bei welchen sich nach epileptischen Anfällen vorübergehend Aufhebung jedes Verständnisses für gelesene Worte und des Spontanschreibens sowie Echographie bei erhaltenem oder nur gering gestörtem Wortverständnis und Spontansprechen einstellten. Er stellt — im Gegensatz zu *Wernicke* — die Forderung auf, ein kortikales Lesezentrum anzuerkennen. Seine

Fälle wären in bezug auf das Lesen Analoga zur transkortikalen sensorischen Aphasie. (*Bartsch*-Lüneburg.)

Sidis (340) faßt alle Arten hysterischer und neurasthenischer Zustände wie Phobien, Grübel- und Zweifelsucht, Energielosigkeit, funktionelle Sensibilitätsstörungen, Lähmungen und Reizerscheinungen, Tics, Kontrakturen, den second état, Zwangsideen und -handlungen unter dem Namen „Rezidivierende psychomotorische Zustände" zusammen und teilt sie unter Anlehnung an *Wernicke* in psychomotorische, intrapsychische und psychosensorische sowie ihre Zwischenglieder ein. Ursache dieser Leiden sind Störungen der Assoziationen und der anderen psychischen Vorgänge, welche unter der Schwelle des Bewußtseins sich abspielen. Affektiv sehr stark betonte Erlebnisse meist der frühesten Kindheit sind unter die Schwelle des Bewußtseins gesunken und nur die unkontrollierten Affekte zurückgeblieben, welche auf geeignete Reize hin dem Erlebten ähnliche Zustände hervorrufen, ohne aber die Erinnerung zu wecken. Um die Genese zu entdecken, wendete Verfasser eine eigene Art von Hypnose an. Nach genügender Fixierung und Konzentration dezentralisiert er durch heterogene Reize die Aufmerksamkeit des Kranken und erreicht so eine Verfassung, welche er „hypnoidalen Zustand" nennt, eine Vorstufe des natürlichen und hypnotischen Schlafes zugleich. In diesem Zustande kommt dann dem Kranken Erinnerung an die unter die Schwelle des Bewußtseins gesunkenen Erlebnisse, resp. läßt sich erwecken, und mit ihrer Rückkehr treten normale Assoziationen als Hemmung für die Entladungen der vorher unkontrollierten Affekte ein, wie ja auch bei der experimentellen Hypnose suggerierte Befehle nur dann posthypnotische Wirkung haben, wenn keine Erinnerung an die Suggestion besteht. Mit der Aufdeckung der Genese ist also auch gleichzeitig der wichtigste Heilfaktor gefunden. An neun sehr geschickt gewählten und ausführlich berichteten Krankengeschichten erhärtet Verfasser seine Theorie, welche eine Erweiterung der *Freud*schen ist, aber in ihrer Generalisierung so angreifbar wie diese. (*Bartsch*-Lüneburg.)

Dsershinski (75). Von den vier ausführlichen Krankengeschichten verdient die erste besondere Beachtung. Es handelt sich um einen erblich schwer belasteten, von Kind auf verdorbenen, jungen Menschen, der während der Unruhen im November 1905 wegen eines Raubanfalls verhaftet wurde. Im Gefängnis simulierte er mit Erfolg 40 epileptische Anfälle, so daß er in die Irrenanstalt übergeführt wurde. Dort gab er bald zu, die Anfälle nur simuliert zu haben. Während der Beobachtung zeigte er deutliche, pathologische Stimmungsschwankungen, die ohne erkennbare äußere Ursache auftraten und mit Pupillenveränderungen einhergingen. Wie er selbst zugab, hätte er in normalem Zustande die epileptischen Anfälle, bei denen er sich oft schwere Verletzungen zuzog, nicht simulieren können; nur bei der tiefen Depression, in die er während der Haft verfallen war, empfand er den Schmerz der Verletzungen und die Stiche, die ihm während der Untersuchung beigebracht wurden, so wenig, daß er die natürliche Reaktion darauf zu unterdrücken imstande war. Es beweist der vorliegende Fall von neuem, daß tatsächlich vorliegende Simulation kein Grund für das Ausschließen einer Geistesstörung zu sein braucht.

(*Voß*.)

Küster (196) untersuchte das Ekzem, das bei vielen, besonders bei marantischen Patienten im Dauerbade auftritt, bakteriologisch und fand als Ursache einen Askomyzet, der im Stratum corneum der Haut wuchert. Es gelang, diesen Pilz auf Glyzerin-Pferdeblutserum unter Wasser bei 39° zu kultivieren.

Hempel (141) hat einen Apparat konstruiert, der ohne Geräusch optische Reize gibt. Der Apparat wurde mit anderen gelegentlich der Jahressitzung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 28. April in der Sommerschen Klinik vorgeführt.

Auerbach (16) beschreibt einen Sensibilitätsprüfer, der aus zwei in einem Etui vereinten Instrumenten besteht (Cassel in Frankfurt a. M., 15 M.). Das eine Instrument dient zur Untersuchung des Temperatursinnes und trägt auf der einen Seite einen hohlen Metallzylinder, der nach Art der Thermophore mit essigsaurem Natrium gefüllt ist, auf der anderen Seite ein ähnliches Gefäß für kaltes Wasser oder Eis. Das andere Instrument trägt auf der einen Seite einen Dermatographen, auf der anderen einen Haarpinsel und, wenn dieser abgenommen ist, eine Nadel. In der Mitte befindet sich eine Feder, deren Kraft in drei Abstufungen durch Gewichte bestimmt werden kann. Dieses Instrument dient zur Prüfung des Drucksinnes und der Schmerzempfindlichkeit.

Die graphische Darstellung des Fußklonus ergibt nach *Levi* (206) bei den organischen Erkrankungen eine durch Regelmäßigkeit und Gleichheit der Höhe und des Abstandes der Schwingungen ausgezeichnete Kurve. Diese Merkmale bleiben auch bei vermehrtem aktiven oder passiven Druck unverändert, ebenso die Zahl der Schwingungen 6 pro 1". Ist bei funktionellen Nervenkrankheiten, nach Infektionskrankheiten oder nach Ermüdung Klonus nachweisbar, so zeigt die graphische Kurve unregelmäßige Höhen und Abstände, Periodizität zwischen abortiven und stärkeren Zuckungen, eine normale Durchschnitts-, aber wechselnde Zeiteinheitszahl der Schwingungen. (*Wendenburg*-Lüneburg).

Die Untersuchungen *Peterson* und *Jungs* (274) beschäftigen sich mit dem Verhalten des psychogalvanischen Reflexes, der Atemkurve und der Assoziationstätigkeit bei Gesunden und funktionellen Geisteskrankheiten. Bei Hebephrenie und Dementia praecox ist die Latenz- und Reaktionszeit deutlich verlängert. Zahlreiche Tafeln. (*Wendenburg*-Lüneburg).

Flatau (97) untersuchte den Achillessehnenreflex an 250 Fällen. Die beste Prüfungsmethode besteht darin, daß man nach dem Vorschlage von *Babinski* den Patienten auf einem Stuhle bequem knien läßt, so daß die Füße lose an der Stuhlkante herabhängen. *Flatau* fand, daß das Achillesphänomen im Vergleiche zu den Sehnenphänomenen der oberen Extremitäten ein konstantes Symptom ist, daß es jedoch nicht so konstant wie das Kniephänomen ist. Einseitiges Fehlen ohne nachweisbare Ursache ist nicht sehr selten. Das Achillesphänomen wird leichter als das Kniephänomen durch periphere, nicht nervöse Ursachen geschädigt. Demnach ist das Fehlen des Achillesphänomens ein beachtenswertes Symptom, kann aber nicht als gleichbedeutend mit dem *Westphal*schen Zeichen angesehen werden.

Hübner (156) hat Untersuchungen über das *Abadie*sche Symptom bei Geisteskranken angestellt. Drückt man die Achillessehnen zwischen zwei Fingern,

so verursacht das bei Gesunden eine Schmerzempfindung. *Abadie* fand, daß diese Druckempfindlichkeit der Achillessehnen bei bestimmten Nervenkrankheiten ausblieb, besonders bei Tabes in 80% der Fälle. *Hübner* fand Analgesie der Achillessehne weder an Gesunden noch an Kranken mit funktionellen Geistesstörungen, dagegen in einer Reihe von Tabes-, Paralyse- und Lues cerebralis-Fällen. Demnach kann bei Geisteskranken, die in dem Verdachte der Paralyse stehen, die Analgesie der Achillessehnen in Verbindung mit anderen Krankheitszeichen ein diagnostisches Hülfsmittel sein, immerhin aber ein recht unsicheres, da man auf subjektive Angaben des Patienten angewiesen ist. Als häufiges Frühsymptom der Paralyse und Tabes kann *H.* das *Abadie*sche Zeichen nicht anerkennen.

Kroner (191) läßt, wenn der Patellarreflex schwer auszulösen ist, den Untersuchten eine Anzahl Schritte gehen oder einige Kniebeugen ausführen. Die so herbeigeführte Steigerung der Erregbarkeit hält nur wenige Minuten an.

Rosenbach (310) läßt, um den Kniesehnenreflex zu untersuchen, den Patienten aus einem nicht zu kleinen Buche oder einem großen Zeitungsblatte möglichst schnell und laut vorlesen. Dadurch erreicht er eine starke Ablenkung der Aufmerksamkeit von den unteren Extremitäten.

Guttmann (133) empfiehlt zur Untersuchung des Patellarreflexes den Unterschenkel mit einem Handtuche etwas in die Höhe heben zu lassen und dann den Oberschenkel durch ein zweites Handtuch schräg nach oben ziehen zu lassen, so daß das Knie einen stumpfen Winkel bildet.

Mittels einer von ihm erdachten sinnreichen Methode konnte *Scheven* (322) nachweisen, daß beim Kaninchen die Reflexzeit bei Reizung der Quadricepssehne doppelt so groß ist als bei direkter Reizung des Muskels. Dieser Umstand sowie der Einfluß der Reizgröße und der Reizintensität auf die Reflexgröße sprechen für die reflektorische Entstehung des Kniephänomens. (*Wendenburg*-Lüneburg.)

Bard (23) ist der Ansicht, daß der *Babinski*sche Reflex auch durch periphere Schädigungen hervorgerufen oder wenigstens beeinflußt werden kann.

Wassermeyer (380) fand, daß das Fehlen von Pupillenunruhe und Psychoreflexen vorwiegend bei geistigen Schwächezuständen, bei Imbezillität, epileptischer Demenz und bei den von *Bumke* unter der Bezeichnnng Dementia praecox zusammengefaßten Psychosen vorkommt. Er hält jedoch vor allem ausgedehnte systematische Untersuchungen an Gesunden für erforderlich, um ein einwandfreies Vergleichsmaterial zu erhalten.

Hummelheim (159) stellte genaue Beobachtungen darüber an, wie sich die Verengerung der Pupillen vollzieht. Er fand an 130 untersuchten Augen, daß die Pupille sich konzentrisch verengt und erweitert. Demnach wird man eine exzentrische Verengerung als seltene Ausnahme betrachten müssen.

Bumke (56) erklärt die Theorie, daß die materiellen Ursachen der reflektorischen Pupillenstarre im Halsmark oder überhaupt im Rückenmarke liegen, nicht nur für unbewiesen, sondern für widerlegt.

Bach (20) weist auf die Wichtigkeit hin, die reflektorische und die absolute Pupillenstarre streng zu unterscheiden. Der diagnostische Wert der reflektorischen Starre ist ein sehr großer; sie spricht mit mindestens 95 Prozent Wahrscheinlich-

keit für das Vorhandensein von Tabes oder Taboparalyse. Dagegen ist der diagnostische Wert der absoluten Starre ein relativ geringer, denn sie kommt aus allen möglichen Ursachen vor, z. B. infolge der verschiedensten Infektionen und Intoxikationen, infolge von Verletzungen des Auges und des Schädels.

Bach (21) hält die „springende Pupille", von der er drei verschiedene Formen unterscheidet, nicht immer für ein Symptom ungünstiger Prognose, sondern hat sie auch bei funktionellen Nervenkrankheiten, sowie bei anscheinend Gesunden beobachtet.

Lukács und *Markbreiter* (214) stellten Untersuchungen mit dem Augenspiegel an Geisteskranken der verschiedensten Formen an. Die Degenerationszeichen, die sich mit dem Augenspiegel nachweisen lassen, sind wie die anderen Degenerationszeichen am häufigsten bei Paranoia, Epilepsie und Idiotie. Auch andere Veränderungen des Augenhintergrundes sind bei Geisteskranken nicht selten, besonders häufig ist Hyperämie der Papille.

Bondi (48) untersuchte die Augen von 206 Geisteskranken. Er fand, daß dem Spiegelbefunde bei Kranken, die nicht an einer organischen Gehirnerkrankung leiden, nur wenig Bedeutung zukommt. Von den kongenitalen Spiegelbefunden konnten die markhaltigen Nervenfasern als in vermehrter Zahl bei Geisteskranken vorkommend angenommen werden. Dasselbe dürfte vom halbalbinotischen Fundus sowie von den Formen der Cataracta punctata caerulea gelten. Ein Zusammenhang von Refraktionsanomalie und Geisteskrankheiten konnte nicht gefunden werden.

Shaw (339). Geisteskranke neigen mehr zu tuberkulöser Infektion als der geistesgesunde Teil der Bevölkerung. Dabei schafft der Aufenthalt in den Anstalten keine Prädisposition für die Infektion. Die akuten Geistesstörungen sind der Infektion mehr ausgesetzt als die chronisch verlaufenden Fälle, besonders häufig erkranken Paralytiker an Tuberkulose. Jugendliche Individuen mit akut verlaufenden Seelenstörungen erkranken häufiger als Erwachsene, und unter den Erwachsenen neigen wieder mehr die an Melancholie leidenden Kranken zur Tuberkulose als die Manischen. (*Behr*).

Antheaume und *Mignot* (10) fanden bei Fällen von Dementia praecox häufig übermäßige Schweißabsonderung, besonders an den Händen, zuweilen jedoch auch an dem ganzen Körper. 25 Prozent der beobachteten Fälle waren von Hyperhidrose betroffen. Das Schwitzen der Hände bestand meistens, während die Kranken sich in katatonischem Zustande befanden; die Haut war dabei gewöhnlich kalt. An zwei jugendlichen stuporösen Kranken wurden Anfälle von heftiger Schweißabsonderung des ganzen Körpers beobachtet, die jedesmal mehrere Stunden dauerten. ohne daß sich sonst der Zustand der Kranken änderte.

Judin (172). Eine eigene Beobachtung mit Besprechung des in der Literatur niedergelegten Materials. Es gibt kein „Zwillingsirresein" im Sinne *Balls*. Diese Psychosen gehören eher dem „familiären Irresein" an, das sich ebenfalls durch ähnlichen Verlauf bei verschiedenen Personen auszeichnen kann. Diese Übereinstimmung beruht sowohl auf der gleichen Anlage, als auch teilweise auf Induktion. (*Voß*).

Pringle (293) berichtet aus der Irrenanstalt zu Maritzburg in Natal, daß eine etwa 46 Jahre alte Eingeborene, die an manischer Erregung mit Sammeltrieb litt, zahlreiche Gegenstände, vorwiegend aus Metall und Glas, zusammen etwa 1½ Pfund schwer, in der Vagina verbarg, ohne Schaden dabei zu nehmen. Sie beabsichtigte damit wahrscheinlich zu verhüten, daß ihr die gesammelten Gegenstände beim Baden weggenommen würden.

Thomsen (365) erörtert die Prognose der Geistesstörungen, in erster Linie für den praktischen Arzt. Die Prognose hängt ab von den Ursachen der Krankheit, der Persönlichkeit des Kranken, der Krankheitsform und dem Lebensalter. Unter den Ursachen der Geisteskrankheiten steht die erbliche Belastung zwar an erster Stelle, für die Beurteilung des einzelnen Falles ist aber mit ihr nicht viel anzufangen, denn auch schwer belastete Menschen erholen sich zuweilen völlig, selbst aus Krankheitsformen, die von vornherein Unheilbarkeit befürchten lassen. Die psychische Individualität ist für die Prognose von großer Wichtigkeit. Man muß zu erfahren suchen, ob man es mit einem früher vollkommen gesunden und vollsinnigen oder mit einem defekten, schwachsinnigen Indviduum zu tun hat. Das Lebensalter ist von größter Wichtigkeit für die Prognose. *Th.* nimmt fünf Lebensperioden an: die bis zum 20. Lebensjahre, die vom 20. bis 35., die vom 35. bis 50., die vom 50. bis 60. und die nach dem 60. Lebensjahre. Im Kindheitsalter ist die Prognose günstig, wenn es sich nicht um eine verkannte Idiotie handelt. In dem Lebensalter vom 20. bis 35. Lebensjahre kommen die meisten konstitutionellen Psychosen zum Ausbruch: das manisch-depressive Irresein, die Krankheitsformen der Katatonie-Gruppe (Hebephrenie, Katatonie und paranoide Demenz) und die chronische Paranoia. Bei der Katatonie und den verwandten Formen soll man sich hüten, die Prognose zu ungünstig zu stellen, etwa gleich von bevorstehender „Verblödung" zu sprechen. Es kann von dem ersten Anfall so weit gehende Genesung eintreten, daß die Kranken von ihrer Umgebung für durchaus gesund angesehen werden. In dem Lebensalter vom 35. bis 50. Jahre treten Paralyse und alkoholische Geistesstörungen auf. Wenn die Prognose der Paralyse auch absolut schlecht ist, so muß man doch beachten, daß der Krankheitsverlauf oft sehr langsam ist und daß starke Remissionen vorkommen. Die vierte Lebensperiode vom 50. bis 60. Jahre ist durch das Auftreten der Arteriosklerose charakterisiert. Diese ist als ein den günstigen Verlauf beeinträchtigendes Element anzusehen, wenn die Psychose rein konstitutionell ohne erhebliche äußere schädigende Einflüsse auftritt. Dagegen gelangt da, wo es sich um schwere ätiologische Momente, z. B. Überanstrengung, handelt, die Psychose infolge der Arteriosklerose leichter zum Ausbruch, heilt aber auch rascher und leichter nach beseitigter Ursache. Das Klimakterium wirkt ähnlich. In der Lebensperiode vom 60. Lebensjahre ab treten die präsenilen und senilen Störungen auf.

Stets ist von großer prognostischer Bedeutung das Fehlen oder Vorhandensein ätiologischer Momente. Je geringer die inneren Ursachen betont sind, je größer die Wirksamkeit der äußeren Ursachen angeschlagen werden kann, desto günstiger ist im Einzelfalle die Prognose zu stellen.

V. Therapie.

Easterbrook (79) und (80) behandelt seine Kranken im Asyl zu Ayr das ganze Jahr mit Bettruhe in freier Luft. Die Wirkungen dieser Kombination sind günstig. Beigegebene Illustrationen veranschaulichen die Art der Ausführung.

(*Wendenburg*-Lüneburg).

Mabon (216) empfiehlt nach den Erfahrungen am Manhatt. State Hospital die Freiluftbehandlung für tuberkulose und sieche Geisteskranke, weiter für solche, bei denen die Genesung nur langsam Fortschritte macht, und schließlich bei den akuten Seelenstörungen, die mit Anämie, mangelndem Schlaf und dergleichen kompliziert sind. (*Behr*).

Belletrud (27) berichtet über Erfolge der gasförmigen kohlensauren Bäder bei Geisteskranken. Sie wirkten beruhigend, appetitanregend und allgemein kräftigend. Ihr Einfluß auf Puls und Blutdruck war inkonstant. Sensorische Hyperästhesien wurden gut beeinflußt, andere psychische Störungen gar nicht.

(*Bartsch*-Lüneburg).

Alzheimer (8) findet in der gynäkologischen Literatur mit allgemeiner Übereinstimmung den Satz anerkannt: Eine künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft ist dann geboten, wenn infolge der Schwangerschaft ein lebensbedrohlicher Zustand der Mutter bereits eingetreten oder mit Bestimmtheit zu befürchten ist, falls eine Unterbrechung der Schwangerschaft und nicht etwa eine weniger eingreifende Maßnahme den bedrohlichen Zustand der Schwangeren beseitigen kann.

Die während der Schwangerschaft auftretenden Psychosen gehören meistens dem manisch-depressiven Irresein an. In den meisten der beobachteten Fälle waren schon früher, unabhängig von einer Schwangerschaft Anfälle von depressivem oder manischem Charakter beobachtet worden. Tritt während der Gravidität ein Anfall ein, so pflegt deren natürliches Ende keinen merkbaren Einfluß auf den Verlauf der Krankheit auszuüben. *Jolly* hat die Einleitung des Abortes bei depressiven Kranken mit starker Suicidneigung für gerechtfertigt erklärt. Durch die Verbringung der Kranken in eine geschlossene Anstalt läßt sich ein Selbstmord zwar nicht mit vollkommener Sicherheit vermeiden, aber doch in sehr hohem Grade unwahrscheinlich machen, so daß das Recht zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft aus der Selbstmordgefahr nicht hergeleitet werden darf. Auch die Aussicht auf günstige Beeinflussung der Psychose durch den Abort hält *A.* für gering und kommt zu dem Schlusse. daß das manisch-depressive Irresein keine Indikation für die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft abgibt. Auch bei der Dementia praecox ist keine günstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch die Einleitung des Abortus zu erhoffen. Im Verlaufe der Epilepsie kann der Status epilepticus eine Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft werden, denn die Raumbeengung, welche eine vorgeschrittene Schwangerschaft bedingt, kann durch die Behinderung der Atmung das Leben gefährden. Die Hysterie wird nicht als Ursache zur Schwangerschaftsunterbrechung anerkannt. Ebensowenig Imbzillität und Idiotie. Die zuweilen angenommene Minderwertigkeit der Frucht solchen Fällen darf keinen Einfluß auf unsere Entschließungen haben. Die Chor



gravidarum kann, wenn allgemeine Konvulsionen, bedenkliche Temperatursteigerungen und schwere delirante Zustände auftreten, die Unterbrechung der Schwangerschaft erfordern. Dasselbe ist bei schweren eklamptischen Zuständen der Fall. Wenn während einer früheren Schwangerschaft Chorea, Eklampsie oder eine schwere Psychose aufgetreten war, so wünschen die Angehörigen zuweilen bei einer abermals eintretenden Schwangerschaft deren Unterbrechung. In solchen Fällen ist es angebracht, abzuwarten, ob tatsächlich gefährliche Symptome auftreten. In den meisten Fällen wird das nicht geschehen. — Im ganzen zieht also *A.* die Indikationen etwas enger, als *Jolly* es 1901 getan hat.

Bokelmann (46) steht auf dem Standpunkte, daß künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Geisteskrankheit nur sehr selten gerechtfertigt ist, denn die Schwangerschaft ist kein zum Ausbruch von Geisteskrankheiten disponierender Zustand, und es gibt keine spezifische Schwangerschaftspsychose.

Staehelin (349) konnte keinen Einfluß der vegetarischen Lebensweise auf das Nervensystem oder die Muskelleistung feststellen. Durch ihre Anregung der Peristaltik wirkt sie günstig auf nervöse Magen- und Darmstörungen, ferner ist die Reaktion des Pulses bei Neurasthenikern auf Arbeitsleistung geringer während der vegetarischen Lebensweise als bei Fleischkost. Die Diurese und die Arbeitsleistung der Nieren sind bei rein pflanzlicher Kost stark herabgesetzt. Diese ist hierin sogar der reinen Milchdiät überlegen und empfiehlt sich deshalb ganz besonders bei Alkoholentziehungskuren. (*Wendenburg*-Lüneburg).

Dammann (68) gibt dem praktischen Arzte die allgemein gültigen Winke für den Verkehr mit den Angehörigen von Geisteskranken. In Publikation Nr. 69 berichtet er über Erfahrungen, welche er bei Behandlung der Störungen im Zustandekommen der Gemütsbewegungen gemacht hat. Neben den alten, bekannten Mitteln empfiehlt er besonders das Bornyval, ein Borneol-Isovaleriansäureester, welches auch sehr unangenehme Halluzinationen verringern und beseitigen soll. (*Bartsch*-Lüneburg).

Hey (146) erprobte das Bornyval, den Isovaleriansäureester des Borneols, als wirksames Mittel bei funktionellen Erkrankungen des Nervensystems, in erster Linie Neurasthenie und Hysterie.

Cohn (64) warnt davor, Schlafmittel, die sich schwer in Wasser lösen, wie z. B. Veronal, als Tabletten zu verabreichen. Es ist zweckmäßiger, Pulver zu verordnen und diese in einer reichlichen Menge von heißem Wasser vollständig auflösen zu lassen.

Popp (292) nahm wegen mehrtägiger Schlaflosigkeit innerhalb acht Stunden zweimal 0,75 Veronal. Nach 11stündigem Schlaf erwachte er mit sehr starkem Schwindelgefühl; der Urin enthielt Eiweiß, rote Blutkörperchen und vereinzelte körnige Zylinder. Erst nach drei Tagen waren die Folgen der Veronalvergiftung vollkommen geschwunden.

Schneider (327) berichtet über einen Fall von Veronalvergiftung mit tödlichem Ausgange. Eine Frau von 45 Jahren nahm in selbstmörderischer Absicht 11 Gramm Veronal auf einmal. Der Tod erfolgte nach 46 Stunden. Die Untersuchung des Urins, der mit dem Katheter entnommen wurde, ergab hochgradige Herabsetzung



der Stickstoffausscheidung. Für Nierenkranke scheint daher Veronal gefährlich zu sein.

Nienhaus (262) teilt einen Fall mit, in dem 4 g Veronal in selbstmörderischer Absicht genommen wurden. Die Vergiftungserscheinungen waren nicht sehr schwer und verschwanden innerhalb 10 Tagen. Sie zeigten Ähnlichkeit mit einem urämischen Koma.

Nagelschmidt (260) hält weder den überschwenglichen Enthusiasmus der Franzosen für die Anwendung der Hochfrequenzströme für gerechtfertigt, noch die kühle Ablehnung der Deutschen. Nach seinen Erfahrungen eignen sich für die Behandlung im Solenoid Insomnia, psychische Depression und Angina pectoris. Durch lokale Applikation lassen sich gute Erfolge erzielen bei Hyperästhesien, Parästhesien, Neuralgien und besonders bei manchen juckenden Hautkrankheiten sowie gegen die lanzinierenden Schmerzen und Krisen der Tabiker.

In allen Fällen, in denen Nephroptose sich mit Nervosität oder psychotischen Symptomen kombiniert, empfiehlt *Aufrecht* (17) den *Glenard*schen Gurt oder die Nephropexie. (*Wendenburg*-Lüneburg).

---

4. Spezielle Psychiatrie.

1. Idiotie und Imbezillität.

Ref.: Wilhelm Weygandt-Würzburg.

1. *Ament*, Die Seele des Kindes, mit 2 Tafeln, 43 Abbildungen im Text und 2 Vignetten. Stuttgart, Kosmos, Gesellschaft der Naturfreunde. Frankh'sche Buchhandlung 1906, 96 S. Preis 1 M. (S. 116*).
2. Anstaltsberichte:
   a) 59. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. Remsthal (Württemberg), erstattet von Sanitätsrat Dr. Habermaas, Inspektor Pfarrer Sprösser, Ökonomieverwalter Bräuninger 1907. (S. 119*.)
   b) II. Bericht über die schweizerische Anstalt für schwachbegabte taubstumme Kinder im Schloß Turbenthal 1906. (S. 119*).
3. Beiträge zur Errichtung der internationalen ratgebenden pädagogischen Zentralstelle (Entwurf Kurnig 1904). (S. 123*.)
4. *Berkhan*, Ein Gutachten des Direktors Dr. Kind-Langenhagen über die Einrichtung seiner Hilfsschule in der Stadt Braunschweig vom 31. Mai 1880, mit einer geschichtlichen Ein-



leitung. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns I, S. 404. (S. 123*.)

5. *Berkhan*, Zwei Fälle von Skaphocephalie. Arch. f. Anthropologie, neue Folge, VI, H. 1. (S. 118*.)

6. *Berkhan*, Ein schwachsinniges Kind mit einer Ohrspitze im Sinn Darwins, Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns I, S. 504. (S. 118*.)

7. *Birnbaum*, Über degenerativ Verschrobene. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie XXI, H. 4. (S. 117*.)

8. *Blin*, Hospitalisation des débiles en Allemagne, en Autriche, en Danemark, en France et en Norvège, Nature et traitement de la débilité mentale, Paris, imprimerie municipale, 1907. (S. 120*.)

9. *Buschan*, Mongolismus, Enzyklopäd. Jahrbücher der gesamten Heilkunde, neue Folge Bd. VI, 1907. (S. 118*.)

10. *Fornaca*, Contributo allo studio delle fobie infantili. Bullettino della Societa Lancisiana delgi Ospedali di Roma Bd. IV, Jahrg. 26, 1907. (S. 118*.)

11. *Gasparo*, Der psychische Infantilismus, eine klinisch-psychologische Studie, mit 2 Abbildungen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 43, H. 1. (S. 116*.)

12. *Habermaas*, Nekrolog Wildermuth. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 433. (S. 119*.)

13. *Heller*, Psychasthenische Kinder. Beitr. zur Kinderforschung und Heilerziehung H. 29, Langensalza 1907. (S. 116*.)

14. *Henze*, Bericht über den 6. Verbandstag der Hilfsschulen Deutschlands. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 417. (S. 122*.)

15. *Henze*, Das Hilfsschulwesen im Auslande. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1. S. 298. (S. 122*.)

16. *Henze*, Zur Frage des Militärdienstes der geistig Minderwertigen. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 193. (S. 122*.)

17. *Hilty*, Geschichte und Gehirn der 49 jährigen Mikrocephalin Cäcilia Gravelli. Inaug.-Diss. von Zürich 1906. (S. 188*

18. *Kluge*, Die Mitwirkung des Psychiaters bei der Fürsorgeerziehung. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 382. (S. 121*.)
19. *Kovalesky*, Type mongol de l'idiotie. Annales médico-psychologiques 1906 Bd. XI, XII. (S. 118*.)
20. *Laquer*, Die Bedeutung der Fürsorgeerziehung für die Behandlung und Versorgung von Schwachsinnigen. Klinik f. psychisch-nervöse Krankheiten, herausg. von Prof. Sommer, Bd. 2, S. 463. Halle, C. Marhold 1907. (S. 121*.)
21. *Longard*, „Über moral insanity". Arch. f. Psychiatrie Bd. 43, H. 1. (S. 119*.)
22. *Lorentz*, Die Beziehungen der Sozialhygiene zu den Problemen sozialer Erziehung. Zeitschr. f. die Erforschung und Behandlung des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 244. (S. 121*.)
23. *Meeus*, Pseudo-Idiots par anarthrie, contribution à l'étude de l'audimutité congénitale. Bulletin de la Société de Médicine mentale de Belgique, Gent 1907. (S. 119*.)
24. *Moses*, Idiotenfürsorge und Fürsorgeerziehung. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 489. (S. 121*.)
25. *Neurath*, Mongolismus, mit myxödemähnlichen Symptomen kombiniert. Wien. med. Wochenschr. 1907, Nr. 23. (S. 118*.)
26. *Raimann*, Die Behandlung und Unterbringung der geistig Minderwertigen. Leipzig, Wien. Verlag Deuticke 1907. 1,25 M. (S. 120*.)
27. *Schlesinger*, Vorgeschichten und Befund bei schwachbegabten Schulkindern, ein Beitrag zur Erforschung der Ursachen schwacher Begabung. Internat. Arch. f. Schulhygiene Bd. III, 1907, H. 1. ferner Stuttgart bei Friedrich Enke. (S. 117*.)
28. *Scupin*, *E.* u. *G.*, Bubis erste Kindheit, ein Tagebuch mit vier Porträts und Kinderzeichnungen. Leipzig. Th. Griebens Verlag (L. Fernau) 1907. S. 263. (S. 116*.)
29. *Séguin*, Traitement moral, hygiène et éducation des idiots et des autres enfants arriérés. Paris. Felix Alcan, 1906. (S. 120*.)
30. *Truelle*, Du placement des enfants arriérés. Archiv de Neurologie 1907. (S. 120*.)
31. *Uffenheimer* u. *Stühlin*, Warum kommen die Kinder in der Schule nicht vorwärts? Zwei Vorträge vor der Schul-

kommission des ärztlichen Vereins zu München, Heft 28 der Sammlung: „Der Arzt als Erzieher". Verlag der ärztlichen Rundschau (Otto Gmelin) München 1907, 56 S. (S. 117*.)

32. *Vogt*, Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der verschiedenen Idiotieformen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 22, S. 5. (S. 119*.)

33. *Vogt*, Der Mongolismus, Referat. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 445. (S. 118.)

34. *Weygandt*, Über den Stand der Idiotenfürsorge in Deutschland. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 3. (S. 122*.)

35. *Weygandt*, Psychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis. Mediz. Klin. 1907, Nr. 36. (S. 122*.)

36. *Weygandt*, Idiotie und Dementia praecox. Zeitschr. f. die Erforschg. und Behandlg. des jugendl. Schwachsinns Bd. 1, S. 311. (S. 117*.)

1. Klinisches.

Dr. phil. *Ament* (1). Wer sich mit der klinischen Untersuchung von Schwachsinnigen abgibt, für den ist unerläßlich, von vornherein sich über die Normalpsychologie des Kindes zu informieren, die im Laufe des gewöhnlichen medizinischen Studiums in der Regel nicht berührt wird. Es existiert kein Überfluß an treffenden Einführungsbüchern. Ganz geschickt ging *A.* zu Werk mit seinem Buch, das für Mütter und Lehrer, doch auch für Ärzte manches Anziehende enthält. Abgesehen von der zu knappen einleitenden Übersicht über die Embryonalentwicklung sind die einzelnen Kapitel recht anschaulich ausgefallen. Gut gewählt sind die Illustrationen.

Ernst und *Gertrud Scupin* (28). In den Spuren von Preyer wandelnd suchen die Autoren jede psychische Regung des Kindes zu fixieren; allerdings spricht bei der Darstellung augenscheinlich zu lebhaft die Elternliebe mit. Interessant sind besonders die Angaben über das Sprechenlernen des Kindes.

Th. Heller (13). Mit Klarheit und Anschaulichkeit hat der Verfasser, Nichtmediziner, doch wohl vertraut mit der psychiatrischen Literatur, in seinem auch Ärzten durchaus zu empfehlenden Vortrag jene Kinder beschrieben, die, ohne schwachsinnig zu sein, doch durch Zustände verminderter seelischer Widerstandsfähigkeit. vor allem das Unvermögen der Überwindung von Unlustgefühlen, auffällig werden und besonderer Behandlung bedürfen.

Gasparo (11). Unter der Bezeichnung Infantilismus, die eine pathologische Persistenz des Kindescharakters in einem die physiologische Kindheit überschreitenden Lebensalter ausdrücken soll, sind mannigfache pathologische Zustände zusammengefaßt. Neben dem Myxinfantilismus (Typ *Brissaud-Meige*) auf Grund von Schilddrüsenstörung ist am wichtigsten der dystrophische Infantilismus (Typ

Lasèque-Lorain); letzterer schließt ein kongenitale Formen auf Grund endogener Ursachen, Hereditätsmomente wie Lues, Tuberkulose, Alkohol der Eltern, Frühgeburt und Generationsstörungen, kardiovaskuläre Hemmungen und den Status thymicolymphaticus; ferner erworbene Formen auf Grund exogener Schädigungen der ersten Lebenszeit, wie Dürftigkeit, Stoffwechselerkrankungen, Infektionskrankheiten und Intoxikationen, traumatische Schädlichkeiten. Daneben finden sich noch die Gruppen der Achondroplasie, des Mongolismus, Eunuchismus, rhachitischer Nanismus usw. Als Repräsentanten verschiedener Formen werden 5 Fälle eingehend geschildert, deren psychische Zustandsbilder von besonderem Interesse sind. Eigenartigen Typen sind noch weitere Fälle gewidmet, vor allem auch das partielle Vorkommen des somatischen und des psychischen Infantilismus findet dabei Berücksichtigung.

Schlesinger (27). Bei 138 Hilfsschulkindern war der Alkoholismus und Phthise der Eltern vielfach vertreten. Ätiologisch sind oftmals mehrere Faktoren nebeneinander beteiligt; lediglich erworben war der Defekt in 9%, lediglich angeboren in nur 3%. Besonders anschaulich sind die tabellarischen Zusammenstellungen des Aufsatzes.

Birnbaum (7). Unter Mitteilung von 2 Selbstbiographien beschreibt Verfasser eine Gruppe Personen, deren Urteil eigenartig beeinträchtigt ist unter außerordentlicher Selbstüberschätzung, bei geringer Willensstärke, nebst mannigfachen sekundären Zügen.

Uffenheimer und *Stühlin* (30). Ein erfahrener Kinderarzt und ein Gymnasiallehrer suchen, jeder von seinem Standpunkt, die Frage zu beantworten. Nach *U.* sind die längere Zeit zurückbleibenden Kinder meistenteils körperlich oder geistig abnorm, während *St.* meint, daß der Grund des Zurückbleibens der Schüler mehr in der Persönlichkeit, dem Mangel an Begabung, Fleiß und Aufmerksamkeit liege.

Weygandt (36). Auf Grund klinischer Studien kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

1. Manche Fälle von Dementia praecox zeigen in der Kindheit einige auffallenden Züge, ohne daß Idiotie oder auch nur leichter Schwachsinn besteht.

2. Manchmal bricht in der Pubertät oder später Dementia praecox in einer ihrer drei Haupterscheinungsweisen aus bei Imbezillen, die aber zunächst bei Intelligenzschwäche doch noch kein speziell an Dementia praecox erinnerndes Symptom dargeboten hatten.

3. Idioten mit apperzeptiv-affektiver Verblödung sind nicht als mit Dementia praecox verwandt aufzufassen, wenn andere ätiologische Gesichtspunkte offenkundig sind.

4. Die zahlreichen an Dementia praecox erinnernden motorischen Störungen der Idioten finden sich in den Fällen von der verschiedensten ätiologischen Grundlage. Diese Symptome sind keineswegs als ein Beweis für Dementia praecox aufzufassen, sondern sie erklären sich ebenso wie die analogen Symptome der Katatoniker aus einer gewissen Entwicklungsperiode der normalen Kindheit, in der ebenfalls auf Grund der noch unkoordinierten motorischen Impulse derartige Erscheinungen angedeutet sind.

5. Es gibt Fälle, bei denen im Kindesalter nach einer Reihe normaler Jahre eine Verblödung einsetzt, die in manchen Zügen an Dementia praecox erinnert, ohne daß die Analogie durchgreift, weshalb eine Erklärung dieser vorläufig als Dementia infantilis zu bezeichnenden Fälle noch aussteht.

Fornaca (10). Es werden drei Fälle von Phobien im Lebensalter von 10—12 Jahren geschildert, die einen wechselvollen Verlauf nehmen und erkennen lassen, daß die Prognose noch reservierter gestellt werden muß als bei Phobien der Erwachsenen.

Berkhan (5). Als wesentlich für das Zustandekommen der Anomalie des Kahnkopfes sieht Verfasser an die Erkrankung des Schädels nach der Geburt an Rhachitis, intrameningealen Hydrops und unregelmäßiges Verhalten in der Verknöcherung der Nähte.

Berkhan (6). Kurze Schilderung mit drei Abbildungen.

Hilly (17). Die gründliche, unter *v. Monakows* Leitung geschriebene Arbeit schildert einen Fall von 49 Jahren, Kind blutsverwandter Eltern, von denen zur Zeit der Zeugung schon der Vater 53, die Mutter 46 Jahre alt waren; die Körperlänge betrug 165 cm, das Gewicht 68 kg; der Schädel hatte 39 cm Horizontalumfang, das Gehirn nur 370 g Gewicht. Psychisch war sie nicht ohne Aufmerksamkeit, hatte einen kleinen Wortschatz und stand ungefähr auf der Stufe eines Kindes von 2—3 Jahren. Anatomisch ergab sich eine weitgehende Hypoplasie des Gehirns, die im ganzen, wenn auch sehr ungleich gefaßt alle Rindenabschnitte betrug. Der genauen Untersuchung dieser Veränderungen ist der größte Teil des Aufsatzes gewidmet Eine Reihe allgemeiner Betrachtungen schließt die beachtenswerte Arbeit.

H. Vogt (330). In gründlicher Weise wird Ätiologie, Anamnese, die degenerative Natur, die Häufigkeit und Verbreitung des Leidens besprochen. Sodann geht Verfasser auf die Krankheitssymptome ein, unter Hervorhebung, wie die pathologischen Veränderungen alles Individuelle der Erscheinung verwischen. Abbildungen, Schädeldiagramme und Röntgenbilder veranschaulichen die Ausführungen. Mit Recht wird das Vorkommen von Formes frustes hervorgehoben. Thyreoidinkur bewirkt momentan eine geringe Abnahme des Gewichtes, ferner allmählich eine Besserung des Ernährungszustandes und der Stuhlverstopfung. Die spezifischen Symptome werden nicht beeinflußt. Kurz wird auf die Prognose und Therapie hingewiesen, worauf unter differential-diagnostischen Erwägungen die klinische Stellung des Krankheitsbildes erörtert wird. Eine reiche Literaturübersicht mit jeweiliger Hervorhebung der in den entsprechenden Arbeiten enthaltenen wichtigsten Punkte schließt das erschöpfende Referat.

Buschan (9). Der Aufsatz gibt eine Darstellung des Wichtigsten aus diesem Kapitel; Schilddrüsentherapie kommt höchstens bei Nabelbruch und bei Stuhlverstopfung in Betracht. Ein Bild und ein Kephalogramm ist beigegeben.

P. Kovalesky (19). Ein Zehntel der Idioten Rußlands sind mongoloid, während in Gegenden mit tartarischer Beziehung der Prozentsatz noch höher ist. Bei unentwickeltem Organismus ist der Typus besonders häufig.

Neurath (25). Bei einem mongoloiden Kinde mit eigenartiger Hautveränderung, schlaff herabhängenden Säcken, doch ohne polsterartige Verdickung, nebst

subnormaler Temperatur, brachte die Schilddrüsenbehandlung Besserung der Haut, Schwinden der Stuhlträgheit, bis einer fieberhaften Bronchiolitis wegen die Behandlung aufgegeben werden mußte.

Vogt (32). Nachdruck ist gelegt auf die amaurotische Idiotie und die verwandten Fälle, vorwiegend von histologischem Standpunkt aus.

Meeus (23). Der Aufsatz zeigt an der Hand von mehreren Fällen, wie bei jugendlicher Stummheit eine exakte medizinische, genau differenzierende Untersuchung allein die Grundlagen darbietet, auf denen eine ersprießliche Behandlung sich aufbauen kann.

Longard (21) schildert eingehend Fälle, die er hierher rechnet, und gibt zu, daß man als Gefängnis- und Gerichtsarzt an einem großen Material durchaus der *Lombroso*schen Lehre näher kommen wird und an der Existenz von geborenen Verbrechern oder Individuen, die durch ihre fehlerhafte Anlage instinktiv, auch ohne Einfluß des Milieus, antisozial wirken, nicht mehr zweifeln kann. Keineswegs aber stellen solche Verbrecher im Sinn der moral insanity einen hohen Prozentsatz der Verbrecher dar. Daß es krankhafte Zustände der Geistestätigkeit sind, ist zu bejahen, auch möchte Verfasser bei der forensischen Beurteilung jener Individuen nicht mit anderen Prinzipien herantreten als bei geistig Kranken anderer Art; von Strafvollzug könne keine Rede sein, da Beeinflussung und Erziehbarkeit ausgeschlossen sei.

Habermaas (12) gibt ein warmherzig und anschaulich entworfenes Lebensbild des um die Idiotenforschung wie um die vor allem von ärztlichem Geist durchdrungene Idiotenfürsorge hochverdienten *Wildermuth*. Der Aufsatz schließt mit einer Liste der 50 wissenschaftlichen Arbeiten des ausgezeichneten Forschers.

2. Behandlung und Fürsorge.

59. Jahresbericht der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige und Epileptische in Stetten i. Remsthal (Württemberg), erstattet von Sanitätsrat Dr. *Habermaas*, Inspektor Pfarrer *Sprösser*, Ökonomieverwalter *Bräuninger*, 1907.

Aus dem ärztlichen Bericht der einen höchsten Krankenstand von 493 Pfleglingen aufweisenden Anstalt ist der Fall eines von Epilepsie befreiten Mädchens hervorzuheben, das im 6. Jahre mit Schwindelanfällen erkrankte, später schwere Anfälle bekam und mit 19 Jahren noch binnen 3 Monaten 8 typische Anfälle und 249 epileptische Schwindel hatte. Unter Brombehandlung trat Besserung ein, und nunmehr sind schon seit 2 Jahren alle Symptome verschwunden, sogar schon ein Jahr lang seit dem Aufhören der Brombehandlung.

In Fällen, die einfache Bromsalze nicht vertragen, bewährte sich die von *Wildermuth* angegebene Mischung des Bromkali mit Fluidextrakten von Valeriana, Artemesia, Aurant., Meliss. und Adon. vernal., unter dem Namen Bradon von Apotheker Krauß in Göppingen in den Handel gebracht.

II. Bericht über die schweizerische Anstalt für schwachbegabte taubstumm Kinder im Schloß Turbenthal 1906.

19 Knaben und 13 Mädchen werden verpflegt. Etwaige Erfolge lassen si besonders bei den jüngsten Kindern erzielen.



Séguin (29). Das mit dem Bildnis des Autors und einer Vorrede von *Bourneville* versehene Buch bespricht zunächst die Frage der Definition der Idiotie, erörtert in klinischer Hinsicht Idiotie, Imbezillität, Kretinismus und Schwachsinn und sucht eine neue, keineswegs besonders gelungene Definition der Idiotie zu geben: Idiotie ist eine Schwäche des Nervensystems, die die Organe und Fähigkeiten des Kindes ganz oder teilweise der regelmäßigen Tätigkeit des Willens entzieht zugunsten der Instinkte und unter Einschränkung der moralischen Sphäre.

Eingehend werden die physiologischen Symptome der Idiotie geschildert und weiterhin wird eine rein graduelle Klassifikation gegeben. Weiterhin wendet sich das Werk der Frage der Hygiene bei den Idioten zu, den Faktoren des Alters, Geschlechtes, der Erblichkeit usw., dem Einfluß der Atmosphäre, der Kleidung, des Bodens, der Nahrungsmittel usw. Eingehend werden die Erziehungsmethoden geschildert, Übung des Gehörs, der Sprache, des Gesichtes und des Farbensinns usw., Schreiben, Lesen, Grammatik, Rechnen, auch Naturgeschichte und Kosmographie, obwohl letzteres über die Bedürfnisse Schwachsinniger weit hinausgeht. Der nächste Abschnitt sucht die einzelnen Gruppen in ihrer pädagogisch-therapeutischen Bedeutung darzustellen. Zum Schluß wird die eigentliche moralische Erziehung, die Fragen des Willens, des Befehls durch Wort, Gebärde usw. erörtert. Die deutsche Literatur hat etwas Ähnliches diesem allerdings recht wortreichen Werk noch nicht an die Seite zu stellen.

Blin (8). Zwei stattliche Bändchen liegen vor uns aus der Feder des Dr. *Blin*, der in der schönen, nahe bei Paris gelegenen Irrenanstalt Vaucluse den 3. Service dirigiert, der (neben einem für Männer und einem für Frauen) für psychisch abnorme Kinder bestimmt ist. Er hat eingehender einige besonders hervorragende Anstalten für Schwachsinnige in den im Titel genannten Ländern studiert und berichtet hierüber, unterstützt von Abbildungen und Plänen, die den 2. Teil der Arbeit füllen. Die näher beschriebenen Anstalten sind die Idiotenabteilung von Dalldorf, die Anstalt Wuhlgarten, dann die mittlerweile aufgehobenen Anstalten Großhennersdorf und Nossen in Sachsen, sowie die neue sächsiche Anstalt Chemnitz, ferner Niedermarsberg, Langenhagen, Kückenmühle, Alsterdorf, Schleswig, weiterhin in Österreich Biedermannsdorf und die Idiotenabteilung in Kierling-Gugging, die dänische Anstalt Brejning, die norwegischen Thorshavg und Lindern bei Kristiania nebst den Plänen der für Röstad bei Trondjhem bestimmten Anstalten. In Ermangelung anderweitigen literarischen Materials wird auch mancher deutsche Leser, der sich über eine der erwähnten Anstalten orientieren will, mit Gewinn die Ausführungen und Abbildungen des Buches studieren. Es ist nur zu bedauern, daß unter den deutschen Anstalten nicht auch Uchtspringe, Potsdam und Schwerin berücksichtigt worden sind.

Truelle (30). Ende Dezember wurde erst behördlich ein Versuch mit 15—20 zurückgebliebenen Kindern von 5—15 Jahren in familiären Kolonien unternommen. Die Erfolge sind bisher zufriedenstellend.

Raimann (26). Hinsichtlich der rechtlichen Versorgung des kriminell gewordenen Teiles solcher Kinder empfiehlt sich zunächst Ausdehnung des Gesetzbegriffes der Unzurechnungsfähigkeit, so daß sie auch noch die leicht Minderwer-

tigen einschließt, die daraufhin in einer Art von Zwischenanstalten verpflegt werden sollen.

Laquer (20). Auf Grund seiner reichen Frankfurter Erfahrungen betont *L.*, daß die Feststellung der einen Hilfsschulunterricht bedingenden geistigen Mängel wissenschaftlich von Lehrern und Ärzten ausgehen müsse. Psychiatrisch gebildete Hilfsschulärzte sind unerläßlich. Die Fürsorgevereine und Berufsvormünder müssen die entlassenen Hilfsschüler noch jahrelang im Auge behalten. Für Debile und Schwachsinnige empfehlen sich nach der Schulentlassung noch besondere Anstalten zur Arbeitserziehung. Vor allem zweckmäßig erscheinen Arbeitslehrkolonien mit Anschluß an Lehrstellen und Familienpflege bei Kleinmeistern auf dem Lande.

Kluge (18). 45—50 Prozent der Fürsorgezöglinge sind durch die Entwicklungsstörungen, Entbehrungen usw. psychisch beeinträchtigt, in den mannigfachsten Graden. Es ist wichtig, diese Fälle frühzeitig festzustellen, sie zu behandeln und unterzubringen. Psychiatrische Mitwirkung durch gebildete Ärzte ist nötig, schon bei Überweisung in die Fürsorgeerziehung und auch weiterhin je mehr, um so vorgeschrittener der Defekt ist. Die defekten und abnormen Zöglinge sind zu sondern nach dem Alter, dem Grade des Defektes und dem Grade der Erziehbarkeit. Idiotie, Imbezillität, schwere Neurasthenie, Chorea, Hysterie, Epilepsie, ferner Dementia praecox, schwer psychopathische Konstitution, anderweitige Psychosen gehören in ärztlich geleitete Idioten-, Epileptiker- und Irrenanstalten, welche auch Beobachtungsstationen und für die noch Bildungsfähigen Anstaltsschulen enthalten. Leichtere Fälle von Neurasthenie, Hysterie, Chorea, Epilepsie, ferner nervöse, moralisch Schwachsinnige und psychopathisch minderwertige Degenerierte gehören in pädagogisch geleitete Erziehungsanstalten, jedoch getrennt von Gesunden. Ein psychiatrisch gebildeter Arzt wirke als sachverständiger Beirat. Die allerleichtesten Fälle können auch in kleinen, schulartigen Anstalten untergebracht werden, doch muß der Vorsteher Verständnis für derartige abnorme Kinder besitzen und in Fühlung mit einem Arzt stehen. Für antisoziale Elemente sind besondere Anstalten mit strafferer Zucht angebracht, Zwischenanstalten zwischen Idioten-, Epileptiker- und Irrenanstalten einerseits und Erziehungsanstalten andererseits. Etwa ein Drittel gehört in die Kranken- und Zwischenanstalten, zwei Drittel in die Erziehungsanstalten.

Wichtig ist die Entmündigungsfrage. Erwünscht ist, daß in jeder Provinz eine Zentralstelle begründet und einem Psychiater übertragen wird, der den Anstaltsvorständen beratend beisteht. Fragebogen sind empfehlenswert.

Moses (Mannheim) (24). Wird ein schwachsinniges Kind von der Spezialerziehung zurückgehalten, so sollte Fürsorgeerziehung nutzbar gemacht werden. Verfasser erhofft von den deutschen Psychiatern, daß sie im Sinne des § 1 Nr. 1 des preußischen Fürsorgeerziehungsgesetzes und der Ausführungsbestimmungen bei einigermaßen bildungsfähigen Idioten ebenso wie bei nicht vollsinnigen Kindern auf die Fürsorgeerziehung hindrängen, falls die Eltern die Erziehungsgelegenheit zurückweisen.

Lorentz, Lehrer (Berlin) (22). Um den neuen Aufgaben der fortschreitenden Kultur gerecht zu werden, muß die soziale Pädagogik eine Ausbildung von Gegen-



wartsmenschen anstreben, deren Haupterziehungsmittel die Eingewöhnung in die Lebensformen einer sozialen Gemeinschaft unter Berücksichtigung der gesamten wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnisse der heutigen Gesellschaft darstellt.

Henze, Hilfsschulrektor (Frankfurt a. M.) (16). Der Aufsatz bespricht den Erlaß des Kriegsministeriums vom 20. Oktober 1906, wonach bei Berichtigung der Aushebungsgrundlisten zu prüfen ist, ob etwa ein Vermerk über den früheren Aufenthalt des Betreffenden in einer Hilfsschule vorhanden ist. Von Fall zu Fall muß durch Prüfung und erforderlichenfalls durch eingehende Beobachtung festgestellt werden, ob ein ehemaliger Hilfsschüler als tauglich zu erachten ist.

Es ist Sache der Hilfsschule, die in den letzten 5 Jahren entlassenen Zöglinge sogleich den betreffenden Behörden mit dem erforderlichen Material bekannt zu geben.

Henze, Hilfsschulrektor (Frankfurt a. M.) (15). Die Schweiz hatte am 1. März 1905 an 24 Orten 61 Hilfsklassen mit 1236 Kindern. England hatte 1904-5 in 31 Städten 152 Hilfsschulen mit 7400 Kindern, London allein 89 Schulen mit 4423, doch war damit dem Bedürfnis noch nicht zur Hälfte entsprochen. Meist waren diese special schools dreiklassig, seltener fünfklassig. Andre Spezialschulen wurden auch errichtet für körperlich schwache, gebrechliche, krüppelhafte Kinder, ferner für epileptische Kinder. Schulzwang besteht bis zum 16. Lebensjahre. Schottland und Holland haben einige Hilfsschulen. Belgien hat Hilfsschulen in Brüssel, Antwerpen, Gent, doch ohne Schulzwang. Österreich hat Hilfsschulen in Wien, Linz, Graz, Prag, ferner an einigen kleineren Plätzen Kurse für schwachsinnige Kinder. Ungarn hat in Budapest an der Kgl. Lehr- und Erziehungsanstalt für bildungsfähige Idioten und Imbezille ein hilfsschulartiges Externat, verbunden mit Kursen für Lehrer und einem psychologischen Laboratorium. Norwegen hat Hilfsklassen in Kristiania, Bergen, Drontheim; Dänemark in Kopenhagen und Frederiksborg; Schweden in Stockholm. In Italien finden sich nur die Anfänge in Rom. Frankreich, Rußland, Spanien haben keine Hilfsschulen. Dagegen finden sich entsprechende Einrichtungen in den Vereinigten Staaten sowie Australien.

Henze (14). Im Original nachzulesen.

Weygandt (34) weist darauf hin, daß in der Hälfte der 108 deutschen Anstalten noch das theologische Element vorherrscht. Öffentliche Anstalten gibt es nur 21, ärztlich geleitete nur 15. In rühriger Weise wird von den Nichtmedizinern gegen die psychiatrische Förderung des Schwachsinnigenwesens vorgegangen, so durch eine polemische Denkschrift, ferner durch Gründung eines Altersheims bei der Idsteiner Anstalt, woraus sich erkennen läßt, daß es den Pädagogen nicht lediglich um die pädagogisch beeinflußbaren Fälle allein zu tun ist. Die Eröffnung der schönen Chemnitzer Anstalt wird erwähnt; ferner der Gießener Kurs, weiterhin die mehrfach gedeihende Familienpflege für Schwachsinnige, die Idiotenabteilung an der Münchener psychiatrischen Klinik und das staatliche psychologische Hilfsschullaboratorium in Budapest.

Weygandt (35) hat an der Würzburger Poliklinik für psychisch-nervöse Krankheiten seit 3³/₄ Jahren nebst einigen Privatfällen 289 Kinder untersucht, 170 Knaben, 119 Mädchen. Aus der mannigfachen Zusammensetzung dieser Fälle

geht hervor, daß die durchschnittliche Prognose kindlicher Abnormität durchaus nicht so ungünstig ist, wie es vielfach behauptet wurde.

Berkhan (4). Ein interessantes Dokument aus der Geschichte der Schwachsinnigenfürsorge ,in der auch *Berkhan* selbst schon seit den siebziger Jahren tatkräftig mitgewirkt hat.

Beiträge zur Errichtung der internationalen ratgebenden pädagogischen Zentralstelle (Entwurf *Kurnig* 1904). Dies ist der Titel eines Organes, das eine internationale Organisation anstrebt, die aus Delegationen von Pädagogen verschiedener Länder bestehend alle päda-, gogischen Angelegenheiten studieren und bekannt geben soll, im Geist friedlicher internationaler Annäherung.

So erfreulich ein Zusammenarbeiten der verschiedenen Kulturvölker auf diesem Gebiet ist, läßt sich doch das Unternehmen kaum ernst nehmen, das unter anderem durch eine pädagogische Marseillaise und Bilder einer Tierbändigerin im Löwenringkampf zu wirken sucht.

2. Funktionelle Psychosen. Referent: Umpfenbach.

1. *Abal*, Perturbaciones fisio-psiquicas debidas al sulfonal. Archives de Psiquiatria y Criminologia Bd. 6, S. 356.
2. *Abraham*, *Carl*, Über die Bedeutung sexueller Jugendtraumen für die Symptomatologie der Dementia praecox. Zentralbl f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Bd. 30, S. 409. (S. 142*.)
3. *Agostini*, *Cesare*, Sull' Anatomia patologica dei centri nervosi nella Demenza primitiva. Tipografia Perugina già V. Santucci 1907.
4. *Aiello*, Ricerche sulle proprietà fisiologiche generali dei muscoli nella Katatonia. Catania.
5. *Alberti*, *Angelo*, I tentativi di suicidio in patologia mentale. Ricerche statistiche e cliniche. Diario del San Benedetto in Pesaro.
6. *Albès* et *Charpontier*, Psychose systématisée chronique à forme quérulante. l'Encéphale X, No. 8.
7. *Alzheimer*, Über eine eigenartige psychische Erkrankung. Sitzungsbericht. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 21, S. 178.
8. *Anglade* et *Jacquin*, Psych. périod. et Épilepsie. l'Encéphale 6.
9. *Anglade* et *Jacquin*, Un cas de folie à deux. Gaz. hebdom. de sciences méd. de Bordeaux, Août.
10. *Antheaume*, Die periodisch[illegible]. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1[illegible]



11. *Antheaume* et *Roger Mignot*, Hyperidrose dans la Démence précoce. l'Encéphale 8.
12. *Antheaume* et *Roger Mignot*, La période médico-légale prodromique de la Démence précoce. l'Encéphale, Février.
13. *de Arenaza* e *Raffo*, Patologia de la pubertad. Arch. de psioqu. y crimin. VI (Buenos Ayres).
14. *Arnaud*, Psychasthenie und Delirium. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1146.
15. *Aschaffenburg*, Über Pseudologia phantastica. Referat. Mediz. Klin. Nr. 50, S. 1540.
16. *Bach*, Über springende Pupillen. Sitzungsbericht. Münch. med. Wochenschr. Bd. 54, S. 640.
17. *Bälz*, Besessenheit und verwandte Zustände Wien. med. Wochenschr. 18—20.
18. *Baller*, Manisch-depressive Mischzustände. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 714.
19. *v. Bechterew*, Automatisches Schreiben und sonstige automatische Zwangsbewegungen als Symptom von Geistesstörung. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 21, S. 206.
20. *v. Bechterew*, Über hypnotischen Zauberwahn. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 22, S. 202.
21. *Beljajeff*, Zur Kasuistik pathologischer Wandertriebe. Zeitgenössische Psychiatrie, März bis Mai.
22. *Bellini*, Paranoico-persecutore. Rif. medic. No. 26.
23. *Berger*, *Hans*, Über die Psychosen im Klimakterium. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, Ergänzungsheft. (S. 145*.)
24. *Berliner*, Korsakoffsche Psychose nach Gehirnerschütterung. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 33, S. 1844.
25. *Bertoldi*, Eboidofrenia. Arch. di psich. XXVIII, 3.
26. *Besta*, *Carlo*, Blutdruck bei Dementia praecox. Riform. medic. No. 8.
27. *Besta*, *Carlo*, Sul potere coagulante del siero di sangue nella demenza precoce e nella frenosi maniaco-depressiva. Riforma medica XXIII, num. 31.
28. *Bioglio*, Disturbi psichici acuti transitori su base cefalgica ed emicrania. Riv. di patol. nerv. e ment. Vol XII.
29. *Birnbaum*, Hypochondrische Wahnvorstellungen und somatische Störungen. Mediz. Klin. Nr. 30.

30. *Blumer*, *G. Adler*, The history and use of the term dementia. American. Journal of insanity Vol. LXIII, p. 337.
31. *Bödeker*, Über einen Fall von Psychose bei Colitis mucosa (Dementia praecox). Sitzungsbericht. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Bd. 30, S. 694.
32. *Boege*, Die periodische Paranoia. Eine kritische Studie zur Paranoiafrage. Arch. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 43, S. 299. (S. 141*.)
33. *Bondi*, Über Augenbefunde bei Geisteskranken. Wien. med. Presse S. 1447.
34. *Bonhoeffer*, Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold. 55 S. (S. 145*.)
35. *Borel*, *Georges*, Fall von Seelenblindheit. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. Bd. 33, S. 1072.
36. *Braun*, *Th.*, Die religiöse Wahnbildung. Eine Untersuchung. Tübingen. Verlag von J. C. Mohr 1906.
37. *Braune*, *Carl*, Protrahierte Delirien bei Erkrankungen. Inaug.-Diss. Berlin 1907.
38. *Brenkink*, Über Patienten mit Perseveration und asymbolischen und aphasischen Erscheinungen. Journal f. Psychologie und Neurologie Bd. 9, S. 3.
39. *Broadbent*, Sprachstörungen. Brit. med. Journal Nr. 2424.
40. *Bruns*, *Oscar*, Neuralgien bei Melancholie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 21, H. 6. (S. 140*.)
41. *Bumke*, Neuere Untersuchungen über die diagnostische Bedeutung der Pupillensymptome. Münch. med. Wochenschr. S. 2313. (S. 145*.)
42. *Bumke*, Was sind Zwangsvorgänge? Halle a. S. Carl Marhold.
43. *Burr*, Paranoia. Journ. of Amer. Assoc. No. 2425.
44. *Campbell*, *Mc.*, A general consideration of dementia praecox. New York med. Record LXXI, January.
45. *Campbell*, *Mc.*, Dementia praecox. Med. Record No. 1888.
46. *Cassirer* und *Bamberger*, Ein Fall von Polycythaemie und Zwangsvorstellungsneurose. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 36.
47. *Catsaras*, Über die diagnostischen und prognostischen Werte einzelner katatonischer Erscheinungen bei Kranken. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. Bd. 26, S. 932.



48. *Chaumier*. Verwirrtheit, Glykosurie, Azetonurie in einem Fall von Achondroplasie. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1146.
49. *Chester Lee Carlisle*, Maniacal conditions in young adults. Proceed. of the American. Med. -psycholog. Association. Juni 1906.
50. *Chotzen*, Doppelseitige Dupuytrensche Kontraktur nach einem kurzen Stuporzustand bei Strümpell-Mariescher Wirbelsäulenerkrankung mit Ulnarisneuritis. Sitzungsbericht. Allg. Ztschr. für Psych. S. 191.
51. *Courbon, Paul*, Automatisme ambulatoire. Observations cliniques. Ann. méd.-psychol. LXV, Tome 5, S. 22. (S. 146*.)
52. *Cox (Utrecht)*, Degeneratie (Eene Copulativogene Correlatiestoornis). Psychiatrische-Neurologische Bladen Nr. 1.
53. *Damaye, Henri*, Persécutée débile rétirée dans les bois. Revue de Psychiatrie, Octobre.
54. *Damaye, Henri*, Remarques sur l'action clinique de l'iode au cours des états de stupidité et de confusion mentale. Revue de Psychiatrie, Novembre. (S. 142*.)
55. *Damman*, Störungen des Gemütslebens und ihre Behandlung. Therapie der Gegenwart Nr. 6.
56. *Degenkolb*, Über Fälle von Kombination verschiedener Seelenstörungen mit Hysterie. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 2166.
57 *Deny* et *Camus*, Les folies intermittentes. La psychose maniaque-dépressive. Paris, chez J. B. Baillière et fils. 96. p. (S. 138*.)
58. *Devine, Henry*, A case of Katatonia in a congenital Deaf-mute. The Journ. of ment. science. October. p. 807.
59. *Diefendorf*, The differential diagnosis of imbecility and dementia praecox. New York Medical Journ. Vol. LXXXVI, p. 336.
60. *Döllken*, Über Gedankenlautwerden und Halluzinationen. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 2166.
61. *Donath*, Poriomanie. Arch. f. Psychiatrie und Neurologie Bd. 42, S. 2.
62. *Dreyfus, Georges*, Über Tod in katatonischem Anfall bei alter Dementia praecox. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie S. 451.
63. *Dreyfus, Georges*, Die Melancholie, ein Zustandsbild des manisch-depressiven Irreseins. Eine klinische Studie. Jena. Gustav Fischer. 329 S. (S. 140*.)

64. *Ducosté*, *Maurice*, Les fugues dans les psychoses et les démences. Archiv de Neurol. 1—2.
65. *Ducosté*, *Maurice*, A propos de la psychose maniaque-dépressive. Progrès médical XXIII.
66. *Ducosté*, *Maurice*, Psychose maniaque-dépressive. Progrès méd. 5.
67. *Ducosté*, *Maurice*, De l'involution présénile dans la folie maniaque-dépressive. Sitzungsbericht Annal. méd.-psych. Tome 5, S. 299.
68. *Dupré*, Psych. halluc. chron. l'Encéphale II, 4.
69. *Dustin*, Délir halluc. Journal de Bruxelles 4.
70. *Eisath*, Über Gliaveränderungen bei Dementia praecox. Sitzungsberich. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 691.
71. *Eschle*, Dementia praecox. Fortschritte der Medizin 7.
72. *Esposito*, *G.*, Sulla natura e sull' unità delle cosidette psicosi affettive. Archivio di Psichiatria. Il Manicomio XXIII, 2.
73. *Ewald*, *E.*, Stoffwechselpsychosen. Die Störungen des Sauerstoffwechsels im menschlichen Organismus. Würzburg, A. Stuber. 570 S.
74. *Farrar*, *Clarence*, Melancholia vera. Clinical demonstrations. The Amer. Journ. of insanity Vol. LXIII, S. 513.
75. *Fels*, *Richard*, Über den Symptomenkomplex der primären Inkohärenz mit Erregung. Inaugural-Dissertation. Jena.
76. *Feltzmann*, Un cas de folie gemellaire. Psychiat. contemp. Août.
77. *Ferris*, Paranoia. Med. Record Nr. 1919.
78. *Finny*, *J. Mayee*, On maniacal chorea. Brit. med. Journal. April.
79. *Foerster*, *Richard*, Über die klinischen Formen der Psychosen bei direkter Erblichkeit. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatire S. 176.
80. *Forlì*, *Vasco*, I fenomeni psichici nell' emicrania e i rapporti di questa con l'epilessia. Riv. sper. di Freniatria XXXIII, fasc. 1. p. 220.
81. *Forlì*, *Vasco*, Disturbi psich. nell' uremia. Il Policlinico XIV, M.
82. *Forster*, Über die Bedeutung des Affektes bei Paranoia. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralblatt XXVI, S. 933.
83. *Français*, *Henri* und *Darcanne*, Über Psychosen kordialen Ursprungs. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1146.
84. *Franz* and *Hamilton*, The effects of [illegible] upon the retardation in conditions of depre[illegible] [illegible] Insanity Vol. 62.

85. *Fratini*, Stereotipie. Riv. sper. di Fren. XXXIII, 1. p. 104.

86. *Friedmann*, Über die Abgrenzung und die Grundlage der Zwangsvorstellungen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXI, S. 214 u. 348.

87. *Geist*, Über die Klassifikation der Psychosen, insbesondere der periodischen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 48.

88. *Gierlich*, Periodical Paranoia and the origin of paranoic-delusions. The Alienist and Neurologist XXVIII Août.

89. *Goldstein*, Einige Bemerkungen über Sprachhalluzinationen. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 713.

90. *Goldstein*, Ein Fall von manisch-depressivem Mischzustand. (Zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Ideenflucht und den Halluzinationen.) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkr. XLIII S. 461. (S. 138*.)

91. *Gordon*, Migränepsychosen. Journ. of Amer. Assoc. 1.

92. *Gowers*, Akute Hirnerkrankungen. Brit. med. Journ. 2427.

93. *Gregor*, Über die Diagnose psychischer Prozesse im Stupor. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 2166.

94. *Gross*, *Otto*, Das Freudsche Ideogenitätsmoment und seine Bedeutung im manisch-depressiven Irresein Kraepelins. Leipzig, F. V. Vogel. 50 S.

95. *Guidi*, *Guido*, Sintomi psichici premonitori dell' attacco emicranico. Riv. sper. di Fren. XXXIII, fasc. II. p. 440.

96. *Guintard*, Contribution à l'étude des dégénérescences intellectuelles et morales. Place du délire systematisé progressif, maladie de Lasègue et Magnan, dans les cadres des dégénérescences. Particularités importantes de cette maladie. Thèse de Nancy.

97. *Hegyi*, Über die Formen der Dementia praecox. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. XXVI, S. 492.

98. *Heilbronner*, Hysterie und Querulantenwahn. Ein Beitrag zur Paranoiafrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXX, S. 769.

99. *Heilbronner*, Über Residualsymptome und ihre Bedeutung. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie S. 369.

100. *Heilbronner*, Zur Psychopathologie der Melancholie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXII, S. 1.

101. *Heller*, Psychasthenische Kinder. Beiträge zur Kinderforschung Bd. XXIX.
102. *Hermann*, Über psychische Störungen depressiver Natur entstanden auf dem Boden der gegenwärtigen politischen Ereignisse. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 111.
103. *Hirschl*, Dementia praecox und Syphilis. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. XXVI, S. 871.
104. *v. Hösslin*, Korsakoffsche Erkrankung bei Schwangeren. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 246.
105. *Hollaender*, Operative Behandlung traumatischer Psychosen. Lancet No. 4358.
106. *Hollôs*, Fall von Pseudodelirium tremens. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. XXVI, S. 489.
107. *Hoppe, Fritz*, Hirnbefunde bei periodisch verlaufenden Psychosen. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 715.
108. *Hughes*, Thaws Paranoiac morbid egoism. The Alienist and Neurologist XXVIII, 2.
109. *Hübner, A. H.*, Klinische Studien über Melancholie. Arch. f. Psychiatrie XLIII, S. 505. (S. 140*.)
110. *Hübner, A. H.*, Über die klinische Stellung der Involutionsmelancholie. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 491.
111. *Jahrmärker*, Korsakoffsche Psychose. Sitzungsbericht. Münch. med. Wochenschr. Nr. 6.
112. *Jahrmärker*, Zur Frage der Amentia. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXX, S. 588. (S. 141*.)
113. *Jahrmärker*, Ein Fall von Dementia praecox. Sitzungsbericht. Münch. med. Wochenschr. S. 294.
114. *Jelliffe*, Dementia praecox. Journ. of Amer. Assoc. No. 3.
115. *Isserlin*, Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXII, S. 302, 443, 509.
116. *Isserlin*, Über Jungs Psychologie der Dementia praecox und die Anwendung Freudscher Forschungsmaximen in der Psychologie. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie S. 329. (S. 143*.)
117. *Jung, C. G.*, Über die Psychologie der Dementia praecox. Ein Versuch. Halle a. S. C. Marhold. 179 S. (S. 143*.)

118. *Kauffmann*, Über Diabetes und Angstpsychose an der Hand eines geheilten Falles. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschrift S. 2166.

119. *Kleist*, *Carl*, Über psychische Störungen bei der Chorea minor nebst Bemerkungen zur Symptomatologie der Chorea. Allg. Zeitschr. f. Psych. S. 769.

120. *Kleist*, *Carl*, Über die Motilitätspsychosen Wernickes. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 499.

121. *Knapp*, Über funktionelle reine Worttaubheit. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 493.

122. *Kornfeld*, Ein Fall von Querulantenwahn. Ärztl. Sachv.-Ztg. S. 360. (S. 142*.)

123. *Kutner*, Die transkortikale Tastlähmung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurologie XXI.

124. *Lackmann*, Über manisch-depressives Irresein im Kindesalter. Inaugural-Dissertation. Erlangen.

125. *Lapinski*, Ein Fall von wiederholter halluzinatorischer Verwirrtheit bei Tetanie. Neurol. Zentralbl. XXVI, S.146. (S. 146*.)

126. *Lemaître*, Dissoc. ment. Archiv de Psychol. No. 23.

127. *Leppmann*, Die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. XXVI, S. 613.

128. *Liebscher*, Ein eigenartiger Fall von „Ganser". Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. XXVI, S. 238.

129. *Linde*, Pupillenuntersuchungen an Epileptischen, Hysterischen und Psychopathen. Inaugural-Dissertation. München.

130. *Lugiato*, Dementia praecox. Il Morgagni No. 1.

131. *Lukács*, *Hugo*, Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der Dementia praecox. Klinikai füzetek 3.

132. *Macpherson*, *John*, Dementia praecox. Review of Neurol. and Psychiatrie. Vol. V, pag. 185.

133. *Mahaim*, Über Aphasie. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1093.

134. *Marchand* et *Nouet*, Du délire de persécution survenant à la période involutive de la vie. Revue de Psychiat. et de Psychol. expérim. Mai 1907.

135. *Marchand* et *Olivier*, Délire chronique par hallucinations psychiques. Sitzungsbericht. Ann. méd.-psych. Tome 5, S. 424.

136. *Marguliès*, Zur Frage der Abgrenzung der ideatorischen Apraxie. Wiener klin. Wochenschr. 16.

137. *Marie*, Notes sur la folie haschichique. Iconographie de la Salpêtrière XX, 3.

138. *Masselon*, *René*, La Mélancholie. Etude médicale et psychologique. Paris. Félix Alcan. 1906.

139. *Massonié*, Contribution à l'étude des troubles phonétiques dans la démence précoce. Thèse de Paris.

140. *Mayr*-Graz, Die Sekretion des Magensaftes und ihre Beziehungen zu psychopathologischen Zustandsbildern. Wiener klin. Wochenschr. Nr. 42.

141. *Mc Donald*, *William*, Aphasia and Mental Diseases. Amer. Journ. of Insanity Vol. LXIV, S. 231.

142. *Mercier*, Periodische Demenz. Brit. med. Journal No. 2439.

143. *Mignot*, *Roger*, Ces troubles phonétiques dans la démence précoce. Annal. méd.-psychol. Tome VI, S. 5. (S. 143*.)

144. *Miyake*, Jugendirresein in Japan. Neuroglia VI, 4 u. 5.

145. *Modena*, Frenesteria e demenza precoce. Annuario del manicomio provinziale di Ancona. Anno IV e V.

146. *v. Monakow*, Asymbolie, Apraxie und Aphasie. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 934.

147. *Moravcsik*, Über einige motorische Eigentümlichkeiten der Geisteskranken. Sitzungsbericht. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, Februar.

148. *Mott*, Dementia praecox. Arch. of neur. III. p. 327.

149. *Muggia*, *Giuseppe*, Concetto e limiti della Demenza precoce. Il Morgagni No. 6.

150. *Muggia*, *Giuseppe*, Appunti spermentali sulle condizioni organiche dei dementi precoci. Riforma Medica XXIII, num. 26.

151. *Muratoff*, Erkrankungen der Glandulae suprarenales bei periodischen Psychosen. Zeitgenössische Psychiatrie. März.

152. *Musselwhite*, Maniacal chorea. Brit. med. Journal. June.

153. *Nitsche*, Über chronische Manie. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 493.

154. *Nolan*, Study of a case of Melancholie. Folie raisonnant[illegible] Journ. of mental science LIII, S. 615.

155. *Nouet*, Considérations anatomo-cliniques sur un cas de stupeur. Revue de Psychiatrie et de Psychol. expérim. Août.

156. *Obraszoff*, Dementia praecox. Russk. Wratsch 12.

157. *Oeconomakis*, *Milt.*, Dementia primitiva (praecox), Hebephrenie, Katatonie, Paranoia, Athen, Druck. Sakellarios.

158. *Oesterreich*, Die Entfremdung der Wahrnehmungswelt und die Depersonalisation in der Psychasthenie. Journal f. Psychol. u. Neurologie VIII.

159. *Packard*, Prognosis in cases of mental discease showing the feeling of unreality. The Americ. Journ. of insanity Vol. LXIV, pag. 263.

160. *Pactetet*, *Courbon*, Les interprétations délirantes chez les aliénés persécutés non hallucinés. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psych. Tome 5, S. 284, 447.

161. *Pallazzeschi*, *Ettore*, Intorno al delirio paranoide di una demente precoce. Archivio di Psichiatria. Il Manicomio XXIII, 1.

162. *Pappenheim*, Gedächtnisschwäche und amnestische Aphasie nach zentralem Insult. Journal f. Psychiatrie u. Neurologie X, 1—2.

163. *Parant*, *Victor* fils, Les enfants vagabunds aliénés. Lagarde et Sébille édit. Toulouse.

164. *Pascal*, Mlle., Les rémissions dans la démence précoce, istorique, généralités, observations. La Revue de Psych. Mars et Avril.

165. *Pascal*, Mlle., Pseudo-neurasthénie prodromique de la Démence précoce. La Presse médic. 6.

166. *Pascal*, Mlle., Formes mélancholiques de la démence précoce (Période initiale . Archiv de Neurol. Avril.

167. *Perpere*, Constipation et troubles mentaux. Progrès médical. Tome XXIII, pag. 98. (S. 146*.)

168. *Perrier*, *Louis*, Les obsessions dans les psychonévroses. Étude psychoclinique. Thèse de Montpellier. 139 S.

169. *Peterson* and *Jung*, Psycho-physical investigations with the galvanometer and pneumograph in normal and insane individuals. Brain CXVIII, Vol. 30.

170. *Pfersdorff*, Über Störungen der Sprache im manisch-depressiven Irresein. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1142.

171. *Pfersdorff*, Über dialogisierenden Rededrang. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 1398.

172. *Pfersdorff*, Über Denkhemmung. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 166.
173. *Pighini*, *Giacomo*, Il ricambio organico nella demenza precoce. Riv. sper. di freniatria XXXIII, fasc. II—III.
174. *Pighini* e *Paoli*, Di una speciale forma del globulo rosso nella demenza precoce. Riv. di fren. e med. leg. XXXII.
175. *Raimann*, Homizide Melancholiker. Leipzig und Wien. Verlag von Franz Deuticke. 18 S. (S. 141*.)
176. *Raynean*, Chronisches Schwangerschaftsdelirium. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. 1146.
177. *Rehm*, Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 490.
178. *Reis*, Kasuistischer Beitrag zur Lehre von dem Auftreten paranoider Symptomenkomplexe bei Degenerierten. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXIX, S. 893.
179. *Revenstorff*, Ein schwerer Fall von Hitzschlag. Sitzungsbericht. Münch. med. Wochenschr. LIV, S. 141.
180. *Ricca*, Melancolia. Riv. sper. di Fren. XXXIII, 1. p. 76.
181. *Riche* et *Wickersheim*, Lésions anatom. de la dém. précoce. Archiv de Neurol. 9.
182. *Rinne*, *E.*, Ein Beitrag zur Geschichte des Jugendirreseins. Inaugural-Dissertation. Göttingen.
183. *Rizov*, Jugendirresein. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenheilk. XLIII, Heft 2 u. 3.
184. *Roemheld*, Über die leichteren Formen der periodischen Störungen des Nerven- und Seelenlebens (Zyklothymie). Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, herausgeg. von Prof. Sommer, Gießen. Verlag von Carl Marhold. Halle a. S. (S. 138*.)
185. *Rosenbach*, *P.*, Dementia praecox in Beziehung zu anderen Geisteskrankheiten. Russk. Wratsch No. 41.
186. *Rosenfeld*, Über den Beziehungswahn. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 166. (S. 142*.)
187. *Rowe*, Is dementia praecox the „new peril“ in psychiatry? Amer. Journ. of insanity Vol. LXIII, S. 385.
188. *Saiz*, *Giovanni*, Untersuchungen über die Ätiolog[illegible] der periodischen Manie und des zirkulären Irre[illegible]

sprechung einzelner Krankheitssymptome. Berlin. S. Karger. 220 S. (S. 139*.)

189. *Saiz*, *Giovanni*, Plethysmcgr. Untersuchungen bei affektiven Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXI.

190. *Sandri*, La formola emo-leuconitaria nella demenza precoce. Riv. di Pat. nerv. e ment. X.

191. *Sante de Sanctis*, Sopra alcune varietà della demenza precoce. Riv. sper. di freniatria. XXXII, S. 141.

192. *Schaefer*-Rhoda, Ein Fall von Dementia praecox katatonischer Form, der nach 15 jähriger Dauer in Genesung ausging, nebst differenzialdiagnostischen Bemerkungen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXII, Ergänzungsheft.

193. *Schlioma*, *Markowitsch*, Beiträge zur Kenntnis der psychischen Störungen und Psychosen bei Chorea minor. Inaugural-Dissertation. Berlin.

194. *Schroeder*, *Julius*, Über Schmerzen bei manisch-depressivem Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXX, S. 933 (S. 139*.)

195. *v. Schuckmann*, Vergleichende Untersuchungen einiger Psychosen mittelst der Bildchenbenennungsmethode. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXI, S. 320.

196. *Schüller*, Drei Fälle von Geistesstörung im Kindesalter. Sitzungsbericht. Neurol. Zentralbl. S. 1147.

197. *Schultze*, *Ernst*, Dementia praecox. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. XXXIII, 1562.

198. *Schulz*, Demonstration eines 12 jährigen Kindes mit Stupidität (Jollys Anoia). Sitzungsbericht. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXX, S. 693.

199. *Séglas*, Un cas de Négativisme mnésique. Journ. de Psychol. norm. et pathol. March.

200. *Seltzky*, Un cas d'hallicinose. Psychiatrie contemp. Juillet.

201. *Shaw Bolton*, *Jos.*, Amentia and Dementia (Fortsetzung). Journ. of ment. science Nr. 220 u. 222.

202. *Simon*, *Robert*, Depressionszustände beim Erwachen. Journ. de Bruxelles 13.

203. *Smith*, *Ely Jelliffe*, The sigas of Pre-dementia praecox, their significance and pedagogic prophylaxis. Amer. journ. of the ment sciences. August.

204. *Soukhanoff*, De la démence précoce au point de vue clinique et biologique. Psychiatrie contemp. Juin.
205. *Soutzo* fils, Encore la question de la Démence précoce. Annal. méd.-psychol. Tome 5, pag. 243, 374. Tome 6, pag. 28.
206. *Specht*, Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Nr. 241. (S. 139*.)
207. *Steckel*, *Wilhelm*, Nervöse Angstzustände und deren Behandlung. Med. Klinik Nr. 35 u. 36.
208. *Stemmermann*, *Anna*, Beiträge zur Kenntnis und Kusuistik der Pseudologia phantastica. Inaugural-Dissertation. Heidelberg.
209. *Stemmermann*, *Anna*, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 69.
210. *Stevens*, *John*, Korsakoffs psychosis superimposed upon Melancholia. The Journ. of ment. science. July.
211. *Stoddart*, Early symptoms of mental desorder. Brit. med. Journal Nr. 2419.
212. *Stransky*, Zur Amentiafrage. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. XXX, S. 809. (S. 141*.)
213. *Suchanow*, Neue Richtungen der klinischen Psychiatrie (Dementia praecox und manisch-depressives Irresein). Russk. Wratsch 40.
214. *Sutter*, Die Psychoneurosen der Frauen. Berlin, Urban und Schwarzenberg. 31 S.
215. *Swift*, *Henry*, The prognosis of recurrent insanity of the manic depressive type. The Amer. Journ. of insanity, Vol. LXIV, pag. 311. (S. 139*.)
216. *Tasava*, Zwangsvorstellungen. Neurologia VI, 1.
217. *Thielepage*, Zur Ätiologie und Symptomatologie des Korsakoffschen Symptomenkomplex. Inaugural-Dissertation. Berlin.
218. *Thomsen*, Dementia praecox und manisch-depressives Irresein. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 631.
219. *Thursch*, *David*, Transformation im klinischen Verlauf der Manie. Inaugural-Dissertation. München.
220. *Tillisch*, Zwangsreden und Zwangsbewegungen. Norsk Mag. f. Laegerid 5.
221. *Tintemann*, Querulatorische Psychosen in Zusammenhang [illegible] Arbeiterversicherung. Münch. med. Wochenschr. [illegible]
222. *Tommasi*, *Corrado*, Il metodo morfologico nella frenosi [illegible] depressiva. Giornale di psichiat. clin. e tecnica man[illegible]

223. *Ungewitter*, Ein Fall von Dementia praecox. Archiv f. Kriminal-Anthropol. u. Kriminalistik Bd. 28, S. 382.
224. *Urbach*-Wien, Über akute Psychosen nach Operationen am Gallengangsystem. Wiener klin. Wochenschr. 47.
225. *Vaschide*, Recherches sur la psychologie des aphasiques. Le „souvenir“ chez les aphasiques. Revue neurologique 11.
226. *Vigouroux* et *Delmas*, Maladie d'Addison et délire. Sitzungsbericht. Annal. méd.-psychol. Tome 5, S. 102.
227. *van Vleuten*, Einseitige motorische Apraxie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 389.
228. *Vorkastner*, Über die sog. transitorische Manie. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 875.
229. *Wachsmuth, Hans*, Ein Fall von Selbstverletzung im katatonischen Raptus. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 856.
230. *Wachsmuth, Hans*, Zur forensischen Bedeutung der Dementia praecox. 32 jähriger Taglöhner. Mord und Selbstmord im katatonischen Dämmerzustand. Ärztl. Sachv.-Ztg. XIII, S. 181.
231. *Walker, Robert*, Über manische und depressive Psychosen. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenheilk. XLII, S. 788.
232. *Walton, George*, The classification of Psycho-Neuroties, and the obsessional element in their symptoms. The Journ. of nerv. and ment. disease. August und September.
233. *Warneck, Werner*, Beitrag zur prognostischen Beurteilung der Paranoia. Inaugural-Dissertation. Kiel.
234. *Wassermeyer*, Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. XLIII, S. 124. (S. 147*.)
235. *Weber*, Über Unfallpsychosen. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 1517.
236. *Weidemann*, Drei Fälle von Sprachstörungen. Inaugural-Dissertation. Göttingen.
237. *Westphal, A.*, Über einen Fall von motorischer Apraxie. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 452.
238. *Westphal, A.*, Klinischer und anatomischer Beitrag zur Aphasie-Lehre. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 169.
239. *Westphal, A.*, Über ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen, sowie Bemerkungen über die Pupillen-

starre bei Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. S. 1080. (S. 144*.)

240. *Westphal, A.*, Über bisher nicht beschriebene Pupillenerscheinungen im katatonischen Stupor mit Krankendemonstrationen. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 694.

241. *Westphal-Kölpin*, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Specht: Über den Angstaffekt im manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Nr. 246. (S. 140*.)

242. *Weygandt*, Psychisch abnorme Kinder in der ambulanten Praxis. Sitzungsbericht. Deutsche med. Wochenschr. S. 1438.

243. *Weygandt*, Kritische Bemerkungen zur Psychologie der Dementia praecox. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie XXII, S. 289. (S. 144*.)

244. *Weygandt*, Idiotie und Dementia praecox. Zeitschr. f. die Erforsch. u. Behandlung des jugendlichen Schwachsinns Bd. I, S. 311. (S. 144*.)

245. *Wilmanns*, Zur Differentialdiagnostik der „funktionellen“ Psychosen. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXX, S. 569. (S. 147*.)

246. *Witry*, Eine religiöse Suggestivepidemie in Deutschland. Med. Klinik Nr. 39, S. 1177.

247. *Wolfe*, Selbstkastrationsversuch. Journ. of Amer. Assoc. 1.

248. *Wolff*-Katzenellenbogen, Trionalkur III. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie XXX, S. 128. (S. 140*.)

249. *Wolffson, Ryssia*, Ein Beitrag zur Frage der nosologischen Stellung der Hypochondrie. Inaugural-Dissertation. Kiel 1906.

250. *Wolffson, Ryssia*, Die Heredität bei Dementia praecox. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 347.

251. *Wwedensky*, Zur Lehre vom Ganserschen Symptom. Moderne Psychiatrie. Mai. (S. 147*.)

252. *Zalplachta*, Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la démence précoce. Rivista Stintelov médicale. 1906. No. 7 bis 10.

253. *Ziehen*, Die Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Zweite, [illegible] verbesserte Auflage. Halle a. S. Carl [illegible]



254. *Ziehen*, Über die klinische Stellung der Angstpsychose. Sitzungsbericht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie S. 1010.
255. *Ziehen*, Zur Lehre von der psychopathischen Konstitution. Fortsetzung. Charité-Annalen XXXI. (S. 147*.)

a) Manisch-depressives Irresein.

Deny und *Camus* (57) geben in der klar geschriebenen und recht lesenswerten Monographie zunächst einen kritisch-historischen Überblick, in dem besonders die erste Würdigung dieses Krankheitsbegriffes von seiten der französischen Schule (*Falret*, *Baillarger*) hervorgehoben wird. Die dann folgende symptomatologische und klinische Darstellung, in die mehrfach eigene Beobachtungen eingeflochten sind, schließt sich im wesentlichen der *Kraepelin*schen Auffassung an; dem Text sind einige kleine photographische Abbildungen beigegeben. Nach der Ansicht der Verf. ist die Involutionsmelancholie von dem manisch-depressiven Irresein klinisch zu trennen. Eine eingehende Besprechung erfährt die Abgrenzung der Psychose gegenüber katatonischen Zuständen. Zum Schluß folgen einige kurze forensische und therapeutische Betrachtungen. *R. Foerster*.

Goldstein (89) bringt einen Fall von manisch-depressivem Irresein, welcher außer manischen und melancholischen auch Mischzustände zeigt. Er zieht daraus den Schluß, daß zum Zustandekommen der Ideenflucht außer einer Aufmerksamkeitsstörung auch eine Erleichterung der Assoziation von Wichtigkeit sein könne. Die Aufmerksamkeitsstörung spielt bei der Ablenkbarkeit ebenfalls eine große Rolle, dabei auch eine Übererregbarkeit der Sinneszentren. Letztere möchte *G.* für das Entstehen der Halluzinationen verantwortlich machen.

Roemheld (184) bringt wie *Wilmanns* unter den Begriff der Zyklothymien alle die auf konstitutioneller Basis beruhenden Fälle von zirkulärer Erkrankung des Nerven- und Seelenlebens, bei denen die psychisch-nervösen Störungen in der mildesten Form auftreten, so daß die Kranken der ärztlichen Beeinflussung zugänglich bleiben und ohne Gefahr für sich und andere außerhalb einer geschlossenen Anstalt behandelt werden können. Unter den 61 Fällen befinden sich 41 Frauen. Erbliche Belastung in 50 %. Bei Kindern hat *R.* die Krankheit nie beobachtet, doch fängt sie oft sehr früh an, häufig in der Pubertät, mit menstruellem Typus. *R.* rechnet hierher die früher als sponsale Zyklothymien bezeichneten Fälle, auch das nuptiale Irresein von *Obersteiner*; auch viele von den puerperalen Erschöpfungszuständen, die in Wirklichkeit leichte manisch-depressive Zustände sind. Die Symptomatologie ist ungemein variabel. *R.* schildert dann die zyklisch verlaufenden Erregungszustände, die periodische Depression, auch Mischformen. In den Erregungszuständen bieten die Kranken das Bild der abgeschwächten Manie; es besteht gehobene Stimmung, Bewegungsdrang, auch ist die Ideenflucht angedeutet. Die zyklischen Depressionen sind häufiger; 6 Erregungen gegen 55 Depressionen hat *R.* gesehen. Das Krankheitsbild besteht hauptsächlich aus einer unmotiviert gedrückten Stimmung mit Unlustgefühlen und ausgesprochener, aber leichter psychischer und psychomotorischer Hemmung. — Die Krankheit ist im allgemeinen

unheilbar, doch schwächen sich die Anfälle häufig immer mehr ab. Übergang in ausgesprochen manisch-depressive Psychose ist nicht ausgeschlossen.

Saiz (188) beschäftigt sich mit 168 Patienten, die 1895—1906 in der Charité wegen einfacher und rezidivierender Manie, zirkulärem Irresein und Mania hallucinatoria behandelt wurden; die halluzinatorische Paranoia wird nicht berücksichtigt. Für die Diagnose ist der klinische Standpunkt von *Ziehen* maßgebend. — Die Arbeit zeugt von viel Fleiß, die Kritik läßt zu wünschen übrig; neue Gesichtspunkte fehlen.

Schroeder (194) hat in der Frauenabteilung *Rottenbergs* bei 130 Frauen mit manisch-depressivem Irresein in 62 % der Fälle Klagen über Schmerzen von mehr oder weniger großer Heftigkeit gehört, ohne daß objektiv etwas nachweisbar war. Die Schmerzen betrafen alle Gebiete des Körpers, wenn auch einzelne Regionen bevorzugt wurden. Der Häufigkeit nach betrafen die Schmerzen: die Extremitäten, den Kopf, das Abdomen, die Herzgegend. Von Interesse ist, daß die Schmerzen mitunter eine ganze Körperhälfte betrafen. Zustände wie bei Migräne sah *Sch.* häufig, konnte aber nachweisen, daß es sich dann nicht um wirkliche Migräne handelte. Auch Hysterie war ausgeschlossen. An einigen interessanten Fällen zeigt *Sch.*, wie unter Umständen schwere Leiden, wie ein Ulcus ventriculi, ein Nierenleiden u. a. vorgetäuscht werden können. Die Schmerzen treten meist auf, wenn die Höhe des Irreseins vorüber ist oder in der Rekonvaleszenz, so daß einige Kranken mit dem Auftreten der Schmerzen die beginnende Genesung von der Psychose datieren.

Swift (215) muß aus seiner Statistik abnehmen, daß die Prognose für die Depression besser ist als für die Erregungszustände. Die Intervalle nach Depression sind in der Regel lang, nach Erregung kurz. Die längsten Intervalle sah er bei Erregungszuständen, wo der erste Anfall vor dem 30. Lebensjahre bei Männern, bei Frauen zwischen 30 und 40 auftrat. Wenn sie zuerst auftreten, die Erregungen nach dem 40., die Depressionen nach dem 50. Jahre, so kehren sie in der Regel nach kurzer Zeit wieder. Nach langem Intervall sind die zweiten Intervalle in der Regel, bei Melancholie und Manie, kürzer, nach kurzen Intervallen nicht. Die zweiten Attacken sind gewöhnlich länger als die ersten, namentlich bei Melancholie. Komplikationen (fortgeschrittenes Alter, neuropathische Anlage, menstrueller Typus, Arteriosklerose usw.) trüben die Prognose. Auf alle Fälle sei man vorsichtig bei Stellung der Prognose! —

Specht (206) sieht in der Angstpsychose eine Mischform des manisch-depressiven Irreseins, welche der von *Kraepelin* und *Weygandt* beschriebenen depressiven Erregung und agitierten Depression ähnlich sieht, nur daß den letztgenannten Zuständen das viel umstrittene Symptom der Angst fehlt. Die Angstmelancholie *Kölpins* ist nicht eine Übergangs- oder Kombinationsform von Angstpsychose und reiner Melancholie, sondern einfach eine unkomplizierte melancholische [illegible] scheinungsform des manisch-depressiven Irreseins. In letzterem spielt über[illegible] die Angst eine größere Rolle, als man gemeinhin annimmt. Die Angstps[illegible] kommt in allen Lebensaltern vor. Mit zunehmenden Jahren tritt nach [illegible] die Willenshemmung im Durchschnitt mehr und [illegible] daß die

mehr sinnfällig wird. Den depressiven Wahnsinn rechnet *S.* ebenfalls zum manisch-depressiven Irresein.

Westphal-Kölpin (241) machen dagegen geltend, daß *Wernicke* den Begriff Angstpsychose viel weiter faßt als *Specht*. *Wernicke* erwähnt als charakteristisch die dauernde Bewegungsunruhe. Rededrang und Ideenflucht finden sich nicht in allen Fällen der Mel. agitata. Die Bewegungsunruhe kann man nicht als manisches Symptom auffassen. Die Angst hemmt nicht immer; nur bei starker Angst tritt ein Versagen der Muskulatur auf, bei geringer Erschütterung zunächst eine Erregung; Angstaffekt und ängstliche Bewegungsunruhe gehören zusammen. Unter der großen Anzahl von Angstpsychosen sind die Fälle mit sicheren manischen Symptomen sehr in der Minderzahl. Die Melancholie des Rückbildungsalters kann man zum manisch-depressiven Irresein rechnen.

Wolff (248) rät bei plötzlich einsetzendem manisch-depressiven Irresein mit großer Erregung und Halluzinationen einen Versuch mit Trional zu machen. Von seinen 12 Fällen sind 9 auffallend rasch abgelaufen. Er gibt in 14 Tagen 20—30 gr., die ersten Tage 2—3 gr., dann weniger, und hält seine Kranken so in einer etwa 14 tägigen Betäubung, die stellenweise so stark ist, daß die Ernährung durch Sonde geschehen muß. Üble Folgen hat *W.* nicht beobachtet.

b) Melancholie.

Bruns (40) sucht an 4 Fällen den Nachweis zu liefern, daß neuralgiforme, bezw. pseudoneuralgische Schmerzen sich als konkomittierende (sekundäre) Symptome der Psychosen und zwar speziell der Melancholie zeigen.

Dreyfus (63) hat sich der großen Mühe unterzogen, 81 Fälle von (anscheinender) Melancholie, welche 1892—1906 in der Heidelberger Klinik zur Beobachtung kamen — nebenbei gesagt, 1½ Prozent der Gesamtaufnahmen — in ihrem weiteren Verlauf und Schicksal zu verfolgen. Das Resultat ist, daß in einer ganzen Reihe der Fälle die Diagnose Melancholie nicht mehr aufrechtzuerhalten ist; viele müssen dem manisch-depressiven Irresein zugerechnet werden. *D.* glaubt, daß es bei den meisten Fällen sog. Melancholie gelingt, zirkuläre Symptome nachzuweisen. Übergang in geistige Schwäche konnte *D.* in keinem Fall nachweisen, abgesehen bei Arteriosklerose. Die Schwäche ist vielfach vorgetäuscht. Die Melancholie kann sehr lange dauern; noch nach 10 Jahren hat man Genesung gesehen! Schwierig ist unter Umständen die Differentialdiagnose zwischen Melancholie und Spätkatatonie. Wie *Kraepelin* im Vorwort von *Ds.* Monographie sagt, hat er sich in München überhaupt noch nicht entschließen können, die Diagnose der Melancholie zu stellen. *Kraepelin* glaubt in *Ds.* Arbeit eine starke Stütze zu sehen für die Auffassung, daß die Depressionszustände der Rückbildungsjahre vielfach auch dann als manisch-depressive Erkrankung aufzufassen sind, wenn sie die einzigen Anfälle im Leben bleiben und ausschließlich depressive Färbung aufweisen, wenn sie auch gewisse Eigenheiten behalten. Das uralte Bild der Melancholie wird voraussichtlich als Krankheitsform bald völlig verschwinden.

Zu ähnlichem Resultat kommt *Hübner* (109) an der Hand von 100 Krankengeschichten der Bonner Anstalt. Er weist nach, daß die bisher als reine Melancholie

geltenden Fälle von Hemmung des Denkens und Handelns sich in bezug auf Auftreten, Ätiologie, Dauer und Prognsoe nicht wesentlich unterscheiden von den Depressionszuständen im manisch-depressiven Irresein. Auch anscheinend reine Fälle von Melancholie können in Demenz übergehen. *Hübner* möchte daher auch die reinen Melancholien nicht als selbständige Krankheit auffassen. „Wir werden vielmehr alle die verschiedenen Spielarten von der außerordentlich selten auftretenden isolierten Manie auf der einen Seite bis zur einmaligen Melancholie auf der anderen Seite als eine große Krankheitsgruppe zusammenfassen müssen."

Raimann (175) gibt hier 4 Fälle, wo Melancholiker Verwandte töten, um dem geliebten Wesen Leid zu ersparen. Die Ermordung erfolgt in brutaler Weise. Die Affektsteigerung des Raptus fehlt in den Fällen; der Mord wird geplant, vorbereitet.

c) Amentia.

Jahrmärker (112) sieht sich gezwungen, seine früheren Angaben zu berichtigen. Er glaubte damals 1 % der männlichen und 6 % der weiblichen Aufnahmen zur Amentia zählen zu müssen. Er hält dies jetzt für unrichtig, da er in den letzten Jahren überhaupt keine solchen Fälle mehr gesehen hat. Eine große Zahl seiner früheren Beobachtungen würde er jetzt als Schübe einer katatonischen Verblödung ansehen, andere zum manisch-depressiven Irresein rechnen. Die Verständnislosigkeit und Ratlosigkeit trifft man auch bei Katatonikern usw. Die früher von ihm beobachteten chronisch gewordenen Fälle von Amentia betrachtet er auch nicht mehr als solche. —

Demgegenüber meint *Stransky* (212), daß die Amentia, wenn auch selten, so doch jedenfalls vorkomme; außerhalb eigentlicher Anstalten sei sie wohl häufiger zu finden. Verf. wendet noch ein, daß auch anthropologische Momente möglicherweise als Ursache für das anscheinend gelegentlich andere Erscheinungsformen als früher darbietende Gesamtbild gewisser Psychosen herangezogen werden könnten. Weiters warnt er vor Überschätzung der Frequenz und der allzu häufigen Diagnose der sog. Mischzustände, die er sonst durchaus anerkennt. Die sog. chronische Form der Amentia erklärt *St.* nicht mehr aufrechthalten zu können.

(*Autoreferat.*)

d) Paranoia.

Boege (32), der sich eingangs als Anhänger *Kraepelins* vorstellt, hat sich die Mühe gegeben, alle in der Literatur vorkommenden Fälle, die man als periodische Paranoia betrachten könnte, zusammenzustellen. Eigne Beobachtungen fehlen ihm. Von den 26 gefundenen Fällen kann er nur bei 4 die Diagnose auf Grund unserer heutigen klinischen Kenntnisse nicht bestreiten (1 Beobachtung von *Ziehen*, 3 von *Gierlich* [88]). Die übrigen 22 Fälle können zu andern Krankheitsformen gesetzt werden. *B.* läßt offen, ob wir nicht noch lernen werden, die Pa[illegible] Symptomenkomplex auf der Basis der Degeneration, der Hysterie, des [illegible] depressiven Irreseins und als residuären oder chronisch sich entwickelnden [illegible] sinn zu verstehen. Vorläufig sind wir jedoch noch nicht dazu berechtigt [illegible]

vielmehr an der Existenz der Krankheit Paranoia festhalten, wenn auch die Diagnose immer seltener gestellt wird. —

Entgegen der landläufigen Ansicht, daß die Gerichte unbequeme Querulanten gern dadurch abzuschütteln suchen, daß sie die geistige Gesundheit in Frage stellen zeigt der Fall von *Kornfeld* (122) grade die Langmut der Staatsanwaltschaft, der unteren und Instanzenrichter gegenüber Paranoikern. Der hier begutachtete Fall, behandelt einen zerfahrenen, nicht ungebildeten Menschen, der sich von einer Aktiengesellschaft beeinträchtigt glaubt und eine überaus hohe Summe einklagt. Alle Belehrungen, z. B. auch durch Rechtsanwälte, sind vergeblich. Er versteht die Sachlage besser als diese, als das Oberlandesgericht usw. Schließlich verdächtigt er einen Richter der Parteilichkeit, hält auch andere Gerichtspersonen für beeinflußt, droht an den Reichstag und die Presse zu gehen usw. Wegen krankhaft gesteigerten Selbstgefühls, Beziehungswahn, Verkennung der Sachlage, vollständiger Unbelehrbarkeit außer Verfolgung gesetzt. Andere Leute hatten sich beiläufig, wie so oft, durch ihn von dem Erfolge seiner Querelen überzeugen lassen und ihm Geld geborgt. (*Autoreferat*).

Rosenfeld (186) bringt hier 3 Fälle, wo aus voller Gesundheit heraus akut das Symptom des Beziehungswahns auftritt, fast ausschließlich das Krankheitsbild beherrscht. Die Störung schwindet dann wieder vollkommen, ohne einen Defekt auf psychischem Gebiet zu hinterlassen. Den Typus, welchen hierbei das Symptom des Beziehungswahns dauernd behält, möchte *R.* als eine extreme Steigerung der von *Wernicke* als physiologischen Beziehungswahn charakterisierten Störung bezeichnen. — Die sekundäre Identifikation ist verfälscht, die Sinnesempfindung bleibt richtig, der Gefühlston ist in besonderer Weise verändert. Gelegentlich beobachtet man dabei den sog. retrospektiven Beziehungswahn. Sinnestäuschungen treten nicht auf. Katatone Störungen fehlen, ebenso Hypochondrie. Die Person selbst unterliegt keiner Umwandlung. Die Intelligenz bleibt vollkommen intakt. *R.* will in solchen Fällen nicht von einer periodischen akuten Paranoia sprechen. Dieselben müßten zum manisch-depressiven Irresein gerechnet werden, auch wenn die Wahnbildung mal chronisch werden sollte.

e) Dementia praecox.

Abraham (2) sucht durch Analyse dreier Fälle von Dem. praecox den Nachweis zu liefern, daß in der Psychologie der genannten Krankheit dem infantilen Vorstellungsmaterial und der Sexualität die gleiche Bedeutung zukommt wie in der Hysterie und im Trauma. Die psychologische Erforschnug der Krankheit müsse daher auf die *Freud*sche Lehren zurückgehen.

Damaye (54) ließ sich durch die Erfolge von *Lunier* bei Melancholie dazu bestimmen, Jod per os oder intramuskulär bei den verschiedenen Graden der Stupidität, doch ohne katatonische Erscheinungen, anzuwenden. In den wenigen Fällen, die er hier beschreibt, trat nach Jodgebrauch nach einigen Wochen wirklich Besserung ein. L'iode semble agir sur l'état général à la façon d'un stimulant, peutêtre comme un adjuvant dans la lutte de l'organisme contre ses infections.

Jung (117) macht hier den Versuch, die psychologischen Anschauungen *Freuds*, namentlich in bezug auf die Hysterie, für die Erklärung der Dem. praecox heranzuziehen. Er gibt deshalb zunächst eine kritische Darstellung der theoretischen Ansichten über die Psychologie der Krankheit und findet, daß dieselben, so unähnlich sie auch aussehen, doch zum gleichen Ziel konvergieren. Die verschiedenen Beobachtungen und Bedeutungen regen vor allem die Idee einer ganz zentralen Störung an, die verschieden benannt wird: apperzeptive Verblödung, Dissoziation, Abaissement du niveau mental, Bewußtseinszerfall, Persönlichkeitszerfall usw. *Masselon* und *Neisser* heben die Tendenz zur Fixierung hervor, woraus *Neisser* die gemütliche Verblödung ableitet. *Freud* und *Groß* betonen das Vorhandensein abgespaltener Vorstellungsreihen, *Freud* wies das Prinzip der Konversion nach. Die *Freud*schen Mechanismen reichen aber nicht aus, um zu erklären, warum eine Dem. praecox entsteht und nicht eine Hysterie.

Jung erklärt dann, in *Freuds* Art, den gefühlsbetonten Komplex und seine allgemeinen Wirkungen auf die Psyche und seinen Einfluß auf die Assoziationen, um dann eine Parallele zu ziehen zwischen Dem. praecox und Hysterie. Er bespricht nacheinander die Störungen des Gefühls, die charakterologischen Abnormitäten, die intellektuellen Störungen, die Stereotypie. Die Hysterie enthält in ihrem innersten Wesen einen Komplex, der nie ganz überwunden werden kann. Bei Dem. praecox finden wir ebenfalls einen oder mehrere Komplexe, welche sich dauernd fixiert haben. Während (nach *Jung*) es sicher ist, daß bei Hysterie ein ursächliches Verhältnis zwischen Komplex und Krankheit besteht, bleibt es bei Dementia praecox noch unentschieden, ob der Komplex die Krankheit auslöst, oder ob bloß im Moment des Krankheitsausbruchs ein bestimmter Komplex vorhanden war, welcher dann die Symptome determinierte. Dazu gehört noch ein X (Toxin?). Die Psyche befreit sich dann nie mehr von diesem Komplex. Besserung tritt ein mit der Verödung des Komplexes, aber mit dieser geht auch ein verschieden großer Anteil der Persönlichkeit zugrunde, so daß der Frühdemente im besten Falle mit einer psychischen Verstümmelung davonkommt. Der Frühdemente, im Banne eines nicht mehr überwundenen Komplexes, entfernt sich von der Wirklichkeit, verliert die Anteilnahme am objektiven Geschehen, stirbt für die Umgebung ab. — Den Schluß der fleißigen Arbeit bildet die genaue Analyse eines Falles von paranoider Demenz. —

Jung weist selbst am Anfang und Schluß seiner Arbeit auf die Unsicherheit seiner Anschauungen hin. Man wird sich dem Urteil von *Isserlin* (116) anschließen müssen: dem Leser, der die *Freud*schen Anschauungen nicht gewohnt ist, muß es leid tun um den Fleiß und den Scharfsinn, welche *Jung* in diese Sisyphusarbeit verschwendet hat!

Mignot (143) hat 29 Fälle von Dementia praecox, bei denen die Sprache als solche sich geändert hatte, nach Phonation, Höhe, Timbre, Rhythmus und Artikulation hier zusammengestellt. Sprachstörungen sind häuf[illegible]nen, Katatonikern und in den Endstadien der Dementia praecox [illegible]-keit und Discordance avec l'état intellectuel des malades [illegible] den Sprachstörungen anderer Kranken.

Westphal (239 u. 240) macht auf ein eigentümliches Verhalten gewisser Katatoniker aufmerksam. Ihre Pupillen reagieren bald normal, bald ist ihre Form und die Lichtreaktion in auffallender Weise verändert, beiderseits, oder auf dem einen Auge mehr als auf dem andern. Die Pupille wird oval und reagiert auf Lichteinfall träge. Bei stärkerer Entrundung wurde die Lichtreaktion eine minimale, bestand nur noch in einer gerade noch wahrnehmbaren Zusammenziehung des Irissaumes, während die quergestellte ovale Pupille häufig auch bei stärkster Beleuchtung lichtstarr erschien. Häufig konnte man einen unregelmäßigen und anscheinend ganz regellosen Wechsel zwischen kreisförmiger und ovaler Pupillenform mit den betreffenden Veränderungen der Lichtreaktion konstatieren. Ein organisches Gehirnleiden lag bei den betreffenden Kranken nicht vor. *W.* hält das plötzliche Auftreten und Verschwinden einer Innervationsstörung der Iris für eine dem hysterischen und dem von ihm hier geschilderten katatonen Zustande gemeinsame Erscheinung. Er betont besonders, daß es sich bei der hier beschriebenen Störung bei Katatonie nicht um eine reflektorische Pupillenstarre handelt, sondern um eine Innervationsstörung der gesamten Irismuskulatur, welche die völlige Unbeweglichkeit der Pupille zur Folge hat.

Weygandt (243) weist die Unhaltbarkeit der *Freud*schen Theorie nach, wenn er es auch als ein Verdienst von *Freud* bezeichnet, daß die Hysterieanalyse mehr auf den Vorstellungsinhalt eingeht, auch daß der sexuelle Faktor nicht vernachlässigt wird. Er warnt vor Übertragung der *Freud*schen Ansichten auf die Dementia praecox, wie es namentlich *Jung* in seinem Buch (117) versucht. Dagegen sprechen gewisse Ähnlichkeiten zwischen Frühdementen und Kindern für ein Zurückfallen in frühere Lebenszustände.

In der anderen Arbeit (244) geht *Weygandt* von der auffallenden Erscheinung aus, daß zwischen der embryonalen Periode sowie den frühesten Lebensjahren, welche die Grundlage zur Idiotie legen, und der Pubertät, wo die ersten Fälle von Dementia praecox (Hebephrenie) auftreten, ein Zeitraum von etwa einem Dutzend Jahre liegt, während dem wir nur selten den Ausbruch einer Geistesstörung beobachten. *W.* zeigt dann an sieben Krankengeschichten, daß die verschiedenen Erscheinungsweisen der Dementia praecox bei Individuen vorkommen, die von Kindheit an schon minderwertig waren, sei es imbeziell, ohne irgendwie an Eigentümlichkeiten der Frühdementen zu erinnern, sei es mit manchen Absonderlichkeiten ausgestattet, welche an die Manieren der Dementia praecox denken ließen, während der Intellekt sich ziemlich normal entwickelte. *Kraepelin* hält es für denkbar, daß eine gewisse Verwandtschaft zwischen gewissen Formen der Idiotie und der Dementia praecox beständen. Darauf könnten hinweisen einmal die eigenartige, an Endzustände der Dementia praecox erinnernde Verblödung auf apperzeptiv-affektivem Gebiete gegenüber dem erhaltenen Intellekt, dann die motorische Eigentümlichkeit vieler Idioten. *Weygandt* kommt nun nach Untersuchung solcher Idioten zu folgenden Schlüssen:

1. Manche Fälle von Dementia praecox zeigen in der Kindheit einige auffallende Züge, ohne daß Idiotie oder auch nur leichter Schwachsinn besteht.

2. Manchmal bricht in der Pubertät oder später Dementia praecox in einer ihrer drei Haupterscheinungsweisen aus bei Imbezillen, die aber zunächst bei Intelligenzschwäche doch noch kein speziell an Dementia praecox erinnerndes Symptom dargeboten hatten.

3. Idioten mit apperzeptiv-affektiver Verblödung sind nicht als mit Dementia praecox verwandt aufzufassen, wenn andere ätiologische Gesichtspunkte offenkundig sind.

4. Die zahlreichen an Dementia praecox erinnernden motorischen Störungen der Idioten finden sich in Fällen von der verschiedensten ätiologischen Grundlage. Diese Symptome sind keineswegs als ein Beweis für Dementia praecox aufzufassen, sondern sie erklären sich ebenso wie die analogen Symptome der Katatoniker aus einer gewissen Entwicklungsperiode der normalen Kindheit, in der ebenfalls auf Grund der noch inkoordinierten motorischen Impulse derartige Erscheinungen angedeutet sind.

5. Es gibt Fälle, bei denen im Kindesalter nach einer Reihe normaler Jahre eine Verblödung einsetzt, die in manchen Zügen an Dementia praecox erinnert, ohne daß die Analogie durchgreift, weshalb eine Erklärung dieser vorläufig als Dementia infantilis zu bezeichnenden Fälle noch aussteht.

f) Sonstiges.

Berger (23) hat unter 140 Frauen, welche während des Klimakteriums in der Klinik in Jena behandelt wurden, nur 14 herausgefunden, die nachweislich zum erstenmal psychisch erkrankt waren, und wo Psychose und Eintritt des Klimakteriums zeitlich zusammenfiel. Alle organisch Erkrankten hat er von der Besprechung ausgeschlossen. Bei den 14 ist das Klimakterium anscheinend die einzige Ursache. Darunter waren 10 Melancholien, die übrigen Fälle gehören der Paranoia halluc. acuta an. Von den Melancholischen waren 50% erblich belastet. Zwei endeten durch Selbstmord, vier gingen in chronischen Defektzustand aus und acht Fälle genasen. Eine spezifische klimakterische Psychose lehnt *Berger* ab

Bonhoeffer (34) hält daran fest, daß auf dem Boden der Entartung auch außerhalb der manisch-depressiven, der epileptischen und hysterischen Anlage akute psychotische Prozesse vorkommen, die als selbständige Erkrankungen disponierter Individuen zu gelten haben und die nicht irgendeiner Form der Dementia praecox zuzurechnen sind. Er hat aus dem Material der Berliner Beobachtungsstation für Gefangene eine ganze Anzahl degenerativer Psychosen herausgefunden. Mit solchen beschäftigt er sich hier, und zwar nur mit drei Gruppen, die er voneinander trennen zu können glaubt: die erste Gruppe umfaßt Degenerierte vom Charakter der unsteten Form der Debilität, bei denen einfache paranoide Psychosen auftreten. Von ihr zu trennen sind die paranoischen Episoden bei Degenerierten, die meist von Jugend auf eine paraonische Anlage und Neigung zur Bildung von überwertigen Jdeen haben. Als dritte Gruppe werden Fälle geschildert, bei denen der Komplex der Erinnerungen des indiviuellen Lebensganges eine abnorme Schwäche gegenüber einfallsmäßig auftretendend Phantasievorstellungen [illegible]

Bumke (41) bemerkt zunächst, daß die Be[illegible] Tabes und Paralyse zeigen, daß der völligen Aufhebung des Licht[illegible] zunehmender



reflektorischer Trägheit vorauszugehen pflegt. Diese rechtzeitig zu erkennen, ist ein wichtiges Ziel der Diagnostik und die Aufgabe einer verbesserten Untersuchungstechnik. Dazu ist es aber nötig, in jedem Falle die Reizschwelle für den Lichtreiz festzustellen zu suchen, indem wir möglichst kleine Lichtreize anwenden. Den Apparat von *Schlesinger* hält *B.* für solche Zwecke bisher für den besten, wenn man nicht die von *B.* empfohlenen galvanischen Ströme benutzen will. Die Behauptung: die Pupillenstarre ist ein tabisches und kein paralytisches Symptom, erscheint nach *B.* noch nicht ganz erwiesen. Die Entrundung der Pupille im Beginn von Tabes und Paralyse ist ein wichtigeres Symptom als die Pupillendifferenz, kommt aber auch gelegentlich als Folge der Syphilis vor. Bei Hebephrenie und Katatonie hat *B.* früher in 69 % der Fälle die Erweiterung der Pupillen, die normalerweise bei allen sensiblen Reizen einzutreten pflegt, und die Pupillenunruhe, die der Ausdruck des ständigen Wechsels der psychischen Erregung darstellt, vermißt. *Hübner* und *Weiler* haben dies bestätigt. *B.* hat das Krankheitszeichen jetzt bei 200 eignen Beobachtungen in 60 % der Fälle gefunden, aber leider oft nicht im Anpfangsstadium der Krankheit. Am häufigsten findet man es auf der Höhe der Krankheit. Im allgemeinen scheint die Pupille der Katatoniker etwas weiter zu sein als die von Gesunden gleichen Alters. Die neuen Beobachtungen von *Westphal* über vorübergehende Formänderung der Pupillen und eine temporäre Verschlechterung des Lichtreflexes bedürfen noch der Bestätigung. Pupillenstarre kommt auch mal bei Hysterie vor, auch mal gelegentlich bei einem Ohnmachtsanfall. Bei Hysterie kann die Pupillenstarre auch mal dauernd sein, sowie in Mydriasis als in Myosis.

Courbon (51) berichtet hier über einen Fall von Automat. ambul. bei Dementia praecox und will den Wandertrieb hierbei durch Störungen in der motorischen Sphäre erklären im Gegensatz zum Wandertrieb bei Epilepsie, Hysterie usw.

Lapinski (125) schildert einen 13jährigen Jungen, der seit zirka 5 Jahren an zeitweise auftretenden schmerzhaften tetanischen Krämpfen in den Extremitäten leidet, wobei objektiv außer der typischen Form der Kontrakturen der Extremitäten auch das Phänomen von *Trousseau* und *Chvostek-Hoffmann* konstatiert werden kann. Außerdem zeigen sich psychische Störungen. Der Junge verrät bald eine trübe Gemütsstimmung, bald einen egoistisch-reizbaren Charakter. Außerdem kommt es zu allgemeinen Erregungszuständen, die auf der Höhe das Bild einer halluzinatorischen Verwirrtheit zeigen. Die letzten Zustände treten akut auf, dauern Stunden bis Tage, während die trübe Gemütsstimmung und Reizbarkeit sich durch chronischen Verlauf auszeichnen. Die Verwirrtheit tritt auf in den Zeiten ohne Krampfanfälle. Während der Verwirrtheit besteht Obstipation, die trübe Gemütsstimmung verläuft mit übel riechenden Durchfällen. Die Beobachtung von *L.* erinnert an die Fälle von *Frankl-Hochwart* und von *Schultze.* Der Kranke ist im übrigen intellektuell gut beanlagt, lernt gut.

Perpere (167) berichtet über einen Fall von *Korsakoffs* Psychose mit langwieriger Obstipation, die nach gehöriger Defäkation in einigen Tagen wieder verschwand, — um auf eine intestinale Intoxikation als ev. Ursache der Krankheit aufmerksam zu machen. Auch bei anderen Psychosen, z. B. Epilepsie kann Koprostase die Krankheit bedingen oder wenigstens verschlimmern.

Wassermeyer (234) hat bei 39 Fällen von Dementia praecox nur sechsmal die Pupillenunruhe und Pupillenerweiterung auf sensible und psychische Reize vermißt, bei sechs Imbezillen einmal, während beide Phänomene bei Manischen, Melancholischen und Verrückten nie fehlten. Die Pupillenunruhe konnte übrigens *W.* bei 174 Marinesoldaten in 13 % kaum nachweisen.

Wilmanns (245) behauptet, daß der größere Teil der dauernd geheilt gebliebenen Fälle von Dementia praecox zu Unrecht als solche bezeichnet worden ist. Der Grund hierfür liege in der Überschätzung der diagnostischen Bedeutung der katatonischen Symptome und Symptomkomplexe. Diese Symptome und Komplexe seien nicht pathagnostisch für die Dementia-praecox-Gruppe. Sie können vorübergehend und auch längere Zeit hindurch auch andere Krankheitsbilder beherrschen. Katatonische Symptomkomplexe würden nicht nur bei schweren organischen Psychosen und der Epilepsie, sondern auch bei Amentia und den psychogenen Geistesstörungen festgestellt. *W.* weist dann auf die außerordentliche Ähnlichkeit gewisser manisch-depressiver Zustände mit solchen der Dementia praecox hin. Er stellt den Satz auf, daß den manisch-depressiven Symptomenkomplexen eine weit größere differentialdiagnostische Bedeutung als den katatonischen beizumessen ist.

Wwedensky (251)betont, daß das *Ganser*sche Symptom nicht nur bei Epilepsie, Hysterie, sondern auch bei anderen Psychosen vorkommt, namentlich bei Dementia praecox, und daß das Symptom namentlich in forensischer Hin sicht von großer Bedeutung ist.

Ziehen (255) beschäftigt sich hier mit den paranoiden Vorstellungen bei den einzelnen psychopathischen Konstitutionen, d. h. den Wahnvorstellungen, die stets noch von einem gewissen Krankheitsbewußtsein begleitet sind, die sich nicht dauernd fixieren und keine weiteren Kreise durch Bildung komplementärer Wahnvorstellungen ziehen und insofern immer rudimentär bleiben. — Nacheinander beschäftigt sich *Z.* mit der alkoholistischen psychopathischen Konstitution, der hereditären psychopathischen Konstitution, namentlich in ihrem Verhältnis zur Paranoia und der Dementia hebephrenica, und der psychopathischen Konstitution. Der paranoische Zug in der psychopathischen Konstitution des Traumatikers, des Epileptikers und Neurasthenikers wird nur kurz berührt. Der chronische Alkoholismus neigt dazu, Symptome in zwei Richtungen zu entwickeln, einerseits in der Richtung der Pananoia, andererseits in der Richtung der Demenz; erfolgt die Entwicklung in beiden Richtungen zugleich, so ergibt sich eine Kombination von paranoider psychopathischer Konstitution, bezw. Paranoia mit Demenz.

3. Neurosen und Schilddrüsenerkrankungen.

Ref.: L. W. Weber-Göttingen.

1. *Ackermann*, Kasuistik der Schädelverletzungen (traumatische Epilepsie usw.). Monatsschr. f. Psychiatri[illegible] Bd. 22, Ergänzungsheft. (S. 157*.)

2. *Alzheimer* und *Vogt*, Die Gruppierung der Epilepsie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 64, S. 418. (S. 155*.)

3. *Amselle*, Conception de l'hystérie. Paris. O. Doin. 1907. (S. 164*.)

4. *Anglade* et *Jaquin*, Sur la forme dite cardio-vasculaire de l'épilepsie Annales médico-psychologiques. (S. 156*.)

5. *Araky*, Psychische und nervöse Krankheiten im japanisch-russischen Krieg 1904/1905. Klinik für psychische und nervöse Krankheiten v. Sommer. (S. 170*.)

6. *Aschaffenburg*, Die neueren Theorien der Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 44. (S. 164*.)

6a. *Aschaffenburg*, Über Epilepsie und epileptoide Zustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. Bd. 46, S. 3—6. (S. 156*.)

7. *Auerbach* und *Grossmann*, Ein operativ behandelter Fall von Jacksonscher Epilepsie. Münch. med. Wochenschr. Nr. 10, 1907. (S. 163*.)

8. *Awtokratow*, Die Geisteskranken im russischen Heer während des russisch-japanischen Krieges. Allg. Zeitschr f. Psychiatrie Bd. 64, H. 2. (S. 170*.)

9. *Barham*, *G. F.* (Caybury), Notes on the management and treatment of the epileptic insane with a special reference to the Na Cl-free (or „hypochlorisation") diet. Journal of Mental Science", April 1907. p. 361. (S. 163*.)

10. *Barrucco*, *N.*, Die sexuelle Neurasthenie und ihre Beziehungen zu den Krankheiten der Geschlechtsorgane. Berlin. O. Salle. (S. 169*.)

11. *Besta*, *C.*, Sopra il Potere coagulante del sangue negli epilettici. Riforma Medica, anno XXII, No. 43. (S. 158*.)

12. *Besta*, *C.*, Sopra il significato della sindrome oculare di Cl. Bernard-Horner negli epilettici. Il Morgagni No. 10, 1907. (S. 159*.)

13. *Bianchini*, Bornyval als Sedativum und Hypnoticum bei Nervösen und Geisteskranken. Therap. Monatsh. 1907, Nr. 15.

14. *Binswanger*, Herderscheinungen bei genuiner Epilepsie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, H. 5. (S. 159*.)

15. *Bleibtreu*, Scheinbare Makrochilie bei Hysterie. Münch. med. Wochenschr. 1907, S. 265. (S. 166*.)

16. *Bökelmann*, *J.*, Epilepsie und Epilepsiebehandlung. Würzburger Abhandlungen Bd. 7, S. 12. Würzburg. A. Stuber. (S. 162*.)

17. *Boldt*, Die Bedeutung der Hysterie für die Armee. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Ergänzungsheft zu Bd. 22. (S. 168*.)

1907, Nr. 6. (S. 156*.)

21. *Bratz* und *Leubuscher*, Die Affektepilepsie, eine klinisch von der echten Epilepsie abtrennbare Gruppe. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 15. (S. 156*.)

22. *de Buck*, *D.*, Pathogénie et diagnostic de l'épilepsie. Bulletin de la société de médicine mentale de Belgique No. 133, p. 188. (S. 158*.)

23. *Charpentier*, Des principaux signes objectifs que la volonté, la suggestion et l'hystérie ne peuvent reproduire. Bulletin médical, jouillet 1907. (S. 166*.)

24. *Claude*, Éxamen de centres nerveux dans deux cas d'hystérie l'Encéphale 1907, No. 7. (S. 168*.)

25. *Claude*, *H.*, Aura paramnésique chez une épileptique. Comptes rendus de la société de Neurologie de Paris 1907. (S. 160*.)

26. *Claude* et *Baudouin*, Délire ambulatoire automatique conscient chez des épileptiques. l'Encéphale, février 1907. (S. 162*.)

27. *Claude* et *Rose*, Attaques convulsives, probablement hystériques, accompagnées d'hématémèsis. Revue de psychiatrie No. 7, p. 123. (S. 166*.)

28. *Claude* et *Schnyder*, Définition et nature de l'hystérie. Arch. de neurologie No. 8, p. 143. (S. 164*.)

29. *Courbon*, *P.*, Automatisme ambulatoire. Ann. méd.-psych. Jan. 1907. (S. 161*.)

30. *Courbon*, Hystérie et suicide. Revue de psychiatrie No. 1.

32. *Cullerre*, Une hystérique incendiaire pendant l'état somnambulique. Arch. de neurologie 1907, No. 8, p. 97. (S. 168*.)

33. *Curschmann*, *H.*, Zur Symptomatologie und Prognose der Kinderhysterie. Mediz. Klin. 1907, Nr. 31. (S. 168*.)

34. *Curschmann*, Über hysterische Schweiße. Münch. med. Wochenschr. Nr. 34, 1907. (S. 166*.)

35. *Deroitte*, *V.*, Sur la pathogénie des états crépusculaires de la conscience. Bulletin de la société de médicine mentale de Belgique No. 133, p. 172. (S. 161*.)

36. *Dexler*, Zur Frage der Hysterie bei Tieren. Neurol. Zentralbl. Nr. 3. (S. 168*.)
37. *Dix*, Hysterische Epidemien an deutschen Schulen. Langensalza 1907. (S. 167*.)
38. *Donath*, Sind Neurotoxine bei der Auslösung des epileptischen Krampfanfalls anzunehmen? Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 33. (S. 158*.)
39. *Donath*, *J.*, Des substances qui interviennent dans la genèse de l'attaque d'épilepsie. Annales médico-psycholog. 1907, No. 3.
40. *Donath*, *J.*, Weitere Beiträge zur Poriomanie. Arch. f. Psychiatrie Bd. 42, H. 2. (S. 162*.)
41. *Ducosté*, Les fugues dans les psychoses et les démences. Arch. de neurologie 1907, No. 1, p. 38. (S. 162*.)
42. *Ernst*, *E.*, Ein Fall von rhythmischen, kontinuierlichen Krämpfen der Schling- und Respirationsmuskulatur auf der Basis einer funktionellen Neurose (traumatische Neurose). Neurol. Zentralbl. Nr. 20, S. 954. (S. 170*.)
43. *Esposito*, *G.*, Sull' istopatologia de la corteccia cerebrale nello stato epilettico. Il Manicomio. Anno XXII, No. 3 (S. 159*.)
44. *Fischer*, Klinik und Pathogenese der hysterischen Dysmegalopsie. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 21, H. 1. (S. 166*.)
45. *Forli*, I fenomeni psichici nell' emicrania. Rivist. speriment. di freniatria Vol. XXXIII. (S. 170*.)
46. *Fornaca*, *G.*, Epilepsia e tumore cerebrale. Gazetta medica 1907.
47. *Freud*, Der Wahn und die Träume in W. Jensens „Gradiva". Wien und Leipzig. Heller. (S. 165*.)
48. *Friedländer*, *A.*, Kurze Bemerkungen zu der Freudschen Lehre über die sexuelle Ätiologie der Neurosen. Neurol. Zentralbl. Nr. 20. (S. 165*.)
49. *Friedländer*, *A.*, Hysterie und die Freudsche psychoanalytische Behandlung derselben. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie, Ergänzungsheft, Bd. 22. (S. 165*.)
50. *Frost*, Hysterical insanity. American. Journ. of insanity No. 3.
51. *Fuchs*, *R.*, Epilepsie und deren Behandlung mit Dr. Weils antiepileptischem Pulver. Reichs-Med.-Anz. Nr. 24 u. 25. (S. 163*.)
51a. *Gaupp*, Die Nervosität unserer Zeit im Lichte der Wissenschaft. Württ. med. Korresp.-Bl. (S. 169*.)

52. *Grabley*, Die therapeutische Bedeutung der Luftbäder Behandlung der Neurasthenie, Chlorose und Anämie Klin. Nr. 43. (S. 171*.)

53. *Gudden, C.*, Erinnerungslücken und deren Ersatz bei epil Dämmerungszuständen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatri S. 710. (S.160*.)

54. *Guidi, G.*, L'ospedalizzazione degli epilettici. Rivista spe di freniatria Vol. XXXII. (S. 163*.)

55. *Hahn*, Die Probleme der Hysterie und die Offenbaru heiligen Therese. Leipzig. Zeitler. (S. 167*.)

56. *Hartenberg*, Psychothérapie chez les neurasthéniques. neurologie No. 9, p. 210. (S. 170*.)

57. *Heilbronner*, Hysterie und Querulantenwahn. Zentralbl. f heilk. u. Psychiatrie Nr. 247.

58. *Hellpach*, Die geistigen Epidemien. Frankfurt a. M R Loening. (S. 167*.)

59. *Hennecke*, Ein Fall von Schüttelbewegung des Kopfes bei Inaug.-Diss. Kiel.

59 a. *Hirschkron*, Behandlung der Nervenschwäche. B. Konegen. 1907. (S. 169*.)

60. *Hock*, Über Störungen des Harnapparates bei Hysteri med. Wochenschr. Nr. 6 u. 7. (S. 166*.)

61. *Honigmann*, Über Kriegsneurosen, Bericht des Kongr innere Medizin. Wiesbaden 1907. J. F. Bergmann. W

62. *Jakob*, Landrysche Paralyse kombiniert mit Hysterie. Zentralbl. Nr. 6.

63. *Jakowenko*, Hysterisches Fieber. Russische med. Ru 5. Jahrg., S. 5. (S. 166*.)

64. *Janet*, L'hystérie maladie mentale. Arch. de neurolog p. 218. (S. 164*.)

65. *Jelgersma*, La nature de l'hystérie. Arch. de neurolog p. 226. (S. 164*.)

66. *Joire*, La nature de l'hystérie. Arch. de neurologie No.

67. *Kausch*, Das hysterische Fieber. Mitteil. aus d. Grenzgeb u. Chirurgie. 3. Supplementband S. 452. (S. 16

68. *Kausch*, Beiträge zur Hysterie in der Chirurgie. Daselbs H. 3—4. (S. 165*.)

69. *Kessel*, Kasuistik der hysterischen Dämmerzustände. Inaug.-Diss. Jena 1907. (S. 167*.)

70. *Knapp*, Hysterische reine Worttaubheit. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, H. 6. (S. 167*.)

71. *Lejoune* et *Chartier*, Un cas d'astasie-abasie choréiforme. l'Encéphale No. 5. (S. 166*.)

72. *Lévi* et *de Rotschild*, Nervosisme thyroidien. Formes cliniques. Arch. de neurologie 1907, No. 8, p. 141. (S. 171*.)

73. *Liebscher*, Über einen Fall von künstlich hervorgerufenem „halbseitigen" Ganser. Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 28. S. 113. (S. 167*.)

74. *Lochte*, Amtsärztliche Beurteilung der Neurasthenie. Soziale Medizin u. Hygiene Bd. 2, Nr. 6 u. 7. (S. 170*.)

75. *Lomer*, Witterungseinflüsse bei 20 Epileptischen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 42, S. 1061. (S. 157*.)

76. *Marchand* und *Nouet*, De l'épilepsie tardive. Gazette des hopitaux No. 104. (S. 156*.)

77. *Marchand*, De l'idiotie acquise et de la démence chez les épileptiques. Revue de psychiatrie No. 6, p. 221. (S. 162*.)

78. *Marchand*, Accès épileptiques consécutifs à un traumatisme crânien. Revue de psychiatrie No. 3. (S. 157*.)

79. *Marguliés*, Hysterische Psychosen nach Trauma. Prag. med. Wochenschr., April 1907.

80. *Marguliés*, Suggestibilität im postepileptischen Zustande. H. Groß' Archiv Bd. 28. (S. 160*.)

81. *Meyer, E.*, Hysterie und Invalidität. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 6. (S. 168*.)

82. *Mondio*, Contribution clinique à l'étude de l'équivalent épiliptique. L'Encéphale No. 4. (S. 160*.)

83. *Munson*, Epilepsy; general tuberculosis; syphilis. Medical record, Dezember. (S. 157*.)

84. *Muthmann*, Zur Psychologie und Therapie neurotischer Symptome. Halle. Marhold.

85. *Näcke*, Etymologie der Ausdrücke „Crampus" und Krampf". Neurol. Zentralbl. Nr. 12. (S. 159*.)

86. *Patrick*, Ambulatory automatism. Journ. of nerv. and mental disease. Juni. (S. 161*.)

89. *Prévost*, L'épilepsie experimentale. Arch. de neurologie 1907, No. 8, p. 113. (S. 157*.)
90. *Raecke*, Über epileptische Wanderzustände (Fugues, Poriomanie). Arch. f. Psychiatrie Bd. 43, H. 1. (S. 161*.)
91. *Raecke*, Hysterisches Irresein. Berlin. klin. Wochenschr. Nr. 10.
91a. *Raffle Banks*, Some notes on status epilepticus and its treatment. Journ. of ment. science. (S. 163*.)
92. *Raimist*, Dauernde hysterische „Retentio urinae". Neurol. Zentralbl. Nr. 14. (S. 166*.)
93. *Rattner*, Ätiologie und spezifische Therapie des Morbus Basedowii. Neurol. Zentralbl. Nr. 5. (S. 171*.)
94. *Raviart* et *Dubar*, Mutisme chez une hystérique. Arch. de neurologie 1906, No. 131. (S. 167*.)
95. *Raymond*, Considérations générales sur l'hystérie. Bulletin medical, mai et juin 1907.
95a. *Redlich*, Epilepsie und Linkshändigkeit. Arch. f. Psychiatrie Bd. 44, H. 1. (S. 157*.)
96. *Rodiet* et *Cans*, Les auras visuelles des épileptiques. Arch. de neurologie No. 9, p. 177. (S. 160*.)
97. *Savil*, Treatment of hysteria. The Lancet. June 1907. (S. 166*.)
98. *Schlub*, Un cas d'épilepsie larvée. Annales médico-psycholog. p. 48.
99. *Séglas*, Crises de petit mal épileptique avec aura paramnésique. Revue neurologique No. 1. (S. 161*.)
100. *Seige*, Erfolge der Flechsigischen Brom-Opiumkur. Monatsschr. f. Psychiatie u. Neurologie, Ergänzungsheft, Bd. 22. (S. 163*.)
101. *Shanahan*, Myoclonus-epilepsie with a report of two additional cases. Journ. of nervous and mental disease. (S. 162*.)
102. *Shanahan*, A case of epilepsy associated with acromegaly. Journ. of nervous and mental disease. (S. 162*.)
103. *Siemerling*, *E.*, Zur Lehre von den epileptischen Bewußtseinsstörungen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 42, S. 769. (S. 160*.)
104. *Sierau*, Zur Frage des myxödematösen Irreseins. Mitteil. aus d. Hamburgischen Staatskrankenanstalten Bd. 7, H. 1. (S. 171*.)

105. *Soetbeer*, Epileptiforme Anfälle und Säureintoxikation bei Diabetes mellitus. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, Ergänzungsheft. (S. 158*.)
106. *Sollier*, Hystérie et sommeil. Arch. de neurologie, Mai u. Juin.
107. *Sollier*, La définition et la nature de l'hystérie. Arch. générales de méd. 9. octobre 1906. (S. 163*.)
108. *Steckel*, Nervöse Angstzustände und deren Behandlung. Mediz. Klin. Nr. 35 u. 36. (S. 169*.)
109. *Steckel*, Ursachen der Nervosität. Wien. Kepler. (S. 169*.)
110. *Sutter*, Wie verhalten sich die gynäkologischen Erkrankungen zu den Neurosen? Monatsschr. f. Geburtshilfe u. Gynäk. Bd. 25, H. 1. (S. 169*.)
111. *Sutter*, Die Psychoneurosen der Frau. Mediz. Klin. 1907, H. 7.
112. *Terrien*, Guérit-on l'hystérie? Arch. de neurologie No. 9, p. 227. (S. 164*.)
113. *Tolone*, *Gius*, L'alcalinità del sangue negli epilettici. Manicomio Vol. 23, No. 1. p. 33. (S. 158*.)
114. *Trömner*, Die Neurasthenie. Leipzig. Konegen. 1907. (S. 169*.)
115. *Turner*, The pathological anatomy and pathology of epilepsy. Journal of mental science, Januar. (S. 155*.)
116. *Turner*, The coagulation rate of the blood in epileptics. Journal of mental science, October. (S. 158*).
117. *Turner*, Epilepsy. A study of the idiopathic disease. London. Macmillan. (S. 155*.)
118. *Veit*, Kutane Hämorrhagien bei Epileptischen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, Ergänzungsheft. (S. 160*.)
119. *Vorberg*, Ratschläge für Nervenleidende. Stuttgart. Moritz.
120. *Wagner* von *Jauregg*, Zweiter Bericht über Behandlung des endemischen Kretinismus mit Schilddrüsensubstanz. Wien. 1907.(S. 171*.)
121. *Warda*, Zur Pathologie und Therapie der Zwangsneurosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Bd. 22, Ergänzungsheft. (S. 169*.)
122. *Westphal*, Pupillenstarre bei Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1907, Nr. 27. (S. 166*.)
123. *Wigand*, Zeitweises Fehlen der Patellarreflexe bei Hysterie. Neurol. Zentralbl. Nr. 7. (S. 166*.)

und Gelegenheitsursachen für den einzelnen Anfall. Das wichtigste prädisponierende Moment, das sich in über 50 % der Epilepsie findet, ist die angeborene neuropathische Konstitution, deren psychische und somatische Kennzeichen ausführlich geschildert werden. Indem Verfasser weiter bemerkt, daß 3/4 dieser Epilepsiefälle vor dem 20. Lebensjahr beginnen, faßt er mit diesen Kennzeichen der angeborenen psychopathischen Anlage, der geringen Bedeutung exogener Momente und des frühen Beginns die idiopathische oder genuine Epilepsie gleichzeitig als Frühepilepsie zusammen. Dabei betont er besonders das jugendliche Alter wegen der noch nicht abgeschlossenen Gehirnentwicklung. Die anderen auslösenden Momente werden ihrer Bedeutung nach in der gleichen Weise wie von den deutschen Autoren beurteilt. Es folgt eine sehr gute Darstellung der Anfallstypen, dann der psychischen Störungen. Bei der Besprechung der pathologischen Anatomie trennt Verfasser mit Recht: 1. anatomische Befunde, die Zeichen einer Entwicklungsstörung des Nervensystems sind; 2. solche Veränderungen, die wahrscheinlich durch die Epilepsie hervorgerufen werden; 3. solche, welche vielleicht als Ursachen für das Auftreten der Anfälle anzusehen sind („anatomische Reizquellen"). Auch in dem Abschnitt über Differentialdiagnose wird der Begriff der idiopathischen Epilepsie wieder klar herausgestellt, gegenüber verschiedenen Formen symptomatischer Epilepsie und gegenüber den *Jakson*schen Anfällen. Der Abschnitt über Behandlung der Epilepsie trägt ebenfalls allen neueren Anschauungen Rechnung und warnt vor kritikloser arzneilicher Behandlung. Das Werk ist lediglich aus praktischen Gesichtspunkten geschrieben, bringt nur Beobachtungsergebnisse und verzichtet auf experimentell-pathologische Untersuchungen. Nebenbei sei hingewiesen auf die in der Arbeit enthaltenen Krampfkurven, die auf einer Quartseite in sehr übersichtlicher Weise die Anfälle eines ganzen Jahres für die Tages- und Nachtstunden jedes Tages bringen.

Die Gruppierung der Epilepsie war vom deutschen Verein für Psychiatrie zum Thema eines Referats bestimmt, das von *Alzheimer* und *Vogt* (2) anatomisch und klinisch bearbeitet wurde. *Alzheimer* teilt nach seinen Befunden an Epileptikergehirnen fünf Gruppen ab: 1. Fälle unklarer Ätiologie, bei denen histologische Befunde zwar nicht fehlen, aber mit geringen Ausnahmen Folgeerscheinung, nicht Ursache des epileptischen Prozesses sind; 2. durch äußere Gifte (Alkohol, Blei) hervorgerufene Epilepsien; 3. durch Allgemeinerkrankungen des Zentralnervensystems (Syphilis, Arteriosklerose) bedingt Epilepsie; 4. durch Herderkrankungen ausgelöste Epilepsie; 5. Epilepsien infolge von Entwicklungshemmungen des Gehirns. Die genuine Epilepsie gehört zur ersten Gruppe. Auch das klinische Referat *Vogts* bezeichnet die Epilepsie als einen Sammelbegriff ätio-

nur die in der klinischen Praxis schon seit langem geübte Einteilung bestätigen und erläutern.

Marchand (76) untersucht den Begriff der Spätepilepsie („E. tardive“) Die erst nach dem 30. Lebensjahr beginnt. Er findet keinen generellen Unterschied gegenüber der Frühepilepsie („E. du jeune âge, dite idiopathique“). Denn bei beiden Formen spielt nach seiner Auffassung die erbliche Belastung eine große Rolle; auch ist die Symptomatologie die gleiche. Aber man findet häufiger exogene Nebenursachen: Gefäßstörungen, Arteriosklerose, Alkoholismus, Herderkrankungen. Aber *M.* wendet sich gegen die Anschauung, als ob die Spätepilepsie ausschließlich durch Arteriosklerose bedingt sei. Auch die anatomisch-histologischen Befunde namentlich an der Rinde seien die gleichen, wie bei der Frühepilepsie. Die Spätepilepsie sei nur aus dem Grunde seltner, weil das ausgewachsene Gehirn eben seltner als das noch im Wachstum begriffene mit epileptischen Störungen reagiere. Wir können diese Anschauung des Verfassers nicht teilen und müssen aus vielen Gründen die von deutschen Autoren, namentlich von *Bratz*, postulierte Spätepilepsie als eine besondere, durch Ätiologie, klinische Symptome und anatomische Befunde ausgezeichnete Form von der Frühepilepsie trennen.

Als „Affektepilepsie“ trennt *Bratz* (20) eine Gruppe von der echten Epilepsie ab, die Ähnlichkeit mit der früher von ihm beschriebenen Alkoholepilepsie hat. Es handelt sich um erblich belastete, degenerative Charaktere, bei denen seit der Kindheit Anfälle von der Art des Petit mal, aber auch mit gröberen Erscheinungen und begleitet von mehreren Bewußtseinsstörungen auftreten, ausgelöst durch fortgesetzte psychische Erregungen. Diese psychischen Erregungen finden sich bei geistig Minderwertigen — vielfach handelt es sich um Fürsorgezöglinge — in Gestalt von Konflikten in der Erziehungsanstalt, mit der sozialen Ordnung, im Gefängnis. Die Anfälle, die durchaus keine hysterischen sind, hören auf, sobald die Verbringung in die Heilanstalt und die ärztliche Form der Behandlung keinen Anlaß mehr zu solchen Konflikten gibt. Die Fälle von Affektepilepsie zeichnen sich dadurch aus, daß es nicht zu einer fortschreitenden Verblödung kommt, wenn auch ein leichter angeborener Schwachsinn vorhanden sein kann.

Aschaffenburg (6) faßt bei der Besprechung der kindlichen Epilepsie den Epilepsiebegriff im Sinne seiner früheren Arbeiten ziemlich weit, so daß er alle periodischen, zu Bewußtseinsstörungen führenden Schwankungen des psychischen Gleichgewichts als Epilepsiesymptome betrachtet; für die Diagnostik der oft larvierten Kinderepilepsie ist das sehr wichtig. Auch die Spasmophilie der Kinder ist für ihn der Ausdruck einer epileptischen Disposition.

Anglade und *Jaquin* (4) beschreiben zwei Fälle von Epilepsie mit Ausbruch im 25. und 33. Jahr, bei denen die Untersuchung herdförmige Sklerose und Atrophie des Gehirns ergab. Dabei war in beiden Fällen Hypertrophie des Herzens und Atheromatose der Aorta und der Herzklappen festzustellen. Nur in dem einen Fall,

Krampfe hervorrief; diese blieben nur aus, wenn die motorischen Zonen entfernt waren, wenn die Hirnrinde durch Arterienkompression oder Herzparalyse anämisch war und bei neugeborenen Tieren, deren Rinde noch nicht erregbar war.

Redlich (95a) möchte bei einzelnen Fällen von Epilepsie in der Linkshändigkeit einen Hinweis darauf sehen, daß die linke Hemisphäre vielleicht schon angeboren leicht geschädigt ist, so daß dann weitere Schädigungen diese Seite mehr beteiligen und das Auftreten einer Epilepsie veranlassen.

Daß unter Umständen auch ein Fall scheinbar reiner genuiner Epilepsie durch schwere organische Herderkrankung bedingt sein kann, lehrt eine Mitteilung von *Fornaca* (46); hier besteht bei einem 37jährigen Menschen schon seit dem zweiten Lebensjahr Epilepsie, die im vierzehnten Lebensjahr wieder ausbricht, die typischen epileptischen Veränderungen der Psyche macht, und erst im 34. Jahr setzen Symptome ein, die auf eine Herderkrankung hinweisen; die Sektion ergibt ein Gliom im rechten Stirn- und Parietallappen. Wir wissen von den Gliomen, daß sie sehr häufig kongenitalen Ursprungs sind und sehr langsam wachsen.

Unter dem Namen „traumatische Epilepsie" beschreibt *L. Marchand* (78) einen Mann, der, von Jugend auf schwächlich und eigenartig, im 18. Lebensjahr eine Hirnerschütterung akquiriert und seitdem an Anfällen motorischer Erregung, Grimassieren und stuporösen Verhaltens leidet. Uns scheint hier, wenn es sich überhaupt um Epilepsie handelt, eine genuine Epilepsie vorzuliegen, die durch das Trauma manifest wurde; vielleicht ist es sogar eine Hysterie oder ein Jugendirresein. Jedenfalls rechtfertigt der Fall nicht die Annahme des Verfassers, daß ein Trauma echte Epilepsie und auch die larvierte, nur in psychischen Atacken sich äußernde Form derselben machen könne. Interessante Streiflichter auf die Abhängigkeit der epileptischen Anfälle von atmosphärischer Vorgängen wirft eine statistische Untersuchung von *Lomer* (75); bei raschen barometrischen Anstiegen und Abfällen steigerte sich die Zahl der epileptischen Anfälle.

Eine komplizierte Ätiologie liegt in einem Fall von *Munson* (83) zugrunde: hereditär erworbene Tuberkulose, die zu mehreren großen Gehirnherden, Lungen- und Darmtuberkulose führt, Typhus und frisch erworbene Syphilis. Die Hirnherde haben zum Teil den Ablauf der Anfälle bestimmt. In einem von *Ackermann* (1) beschriebenen Fall erkrankte ein mit Epilepsie erblich belasteter Mensch an einer chronischen Rotzinfektion, die ihn sehr mitnahm, erlitt in der Rekonvaleszenz durch einen Unfall eine Basisfraktur mit schwerer Bewußtlosigkeit und hatte zirka fünf Monate später den ersten epileptischen Anfall.

Eine größere Anzahl von Arbeiten hofft durch Stoffwechseluntersuchungen der Ätiologie der Epilepsie näherzukommen, und zwar werden hierzu hauptsächlich chemische Untersuchungen am Urin, am Blut und an der Zerebrospinal-

flüssigkeit der Epileptiker angestellt. *De Buck* (22) gibt eine ausführliche kritische Übersicht der einschlägigen Literatur und berichtet dann über seine eigenen Untersuchungen des Urins, der Spinalflüssigkeit und des Blutes der Epileptiker und über die damit angestellten Tierversuche. Er kommt zu dem Schluß, daß die epileptische Veränderung auf einer Autointoxikation beruht. Diese wird aber nicht durch ein intermediäres oder Endprodukt des Stoffwechsels hervorgerufen, etwa die Harnsäure oder das karbaminsaure Ammoniak, sondern das eigentliche elpileptische Gift befindet sich im Blut und ist ein „Cytotoxin“, das sich aus einem wärmeunbeständi gen Komplement und einem stabileren, aktivierenden Amboceptor zusammensetzt. Wahrscheinlich ist dieses „Neurocytotoxin“ ein spezifisches Nervengift, zu dessen Bildung erforderlich ist eine angeborene Stoffwechselstörung, eine angeborene Entwicklungsstörung der Rinde (Histioatypie de l' écorce) oder eine während des Lebens durch exogene Schädlichkeiten erworbene Stoffwechselstörung. Mit diesen Ausführungen, die schließlich darin gipfeln, daß die Epilepsie eine „paroxysmale Neurolyse“ sei, gibt Verfasser auch nur eine Theorie, die noch nicht die endgültige Pathogenese erklärt.

Die Versuche von *Donath* (38) ergaben, daß Einspritzung von Gehirnmasse derselben Tierart in die Bauchhöhle von Meerschweinchen und Hunden keine Krämpfe, psychische Erscheinungen oder pathologisch-anatomische Läsionen hervorrief. Es konnte also experimentell nicht erwiesen werden, daß die Krämpfe der Epilepsie etwa durch Einschmelzung von Hirngewebe zustande kommen.

Donath (39) prüft in einer anderen experimentellen Arbeit die bekannte Theorie von *Krainsky* nach und kommt zu den Resultat, daß die Harnsäure keine für den Organismus toxische Substanz und ihre Zurückhaltung im Blut nicht die Ursache der epileptischen Anfälle ist. Von anderen Stoffwechselprodukten untersuchte *Donath* die Säuren (Milchsäure, Oxybuttersäure, Essigsäure), die keinerlei krampfauslösende Wirkung hatten. Dagegen sah er epileptiforme Anfälle zusammen mit starker Blutdrucksteigerung, wie sie auch im echten epileptischen Anfall beobachtet wird, auftreten bei Injektion von organischen und unorganischen Ammoniakverbindungen und ist geneigt, diesen eine kausale Rolle bei der Genese des epileptischen Anfalls zuzuschreiben.

Im Gegensatze dazu sah *Soetbeer* (105) bei einem Diabetiker das Auftreten epileptiformer Anfälle parallel gehen mit hoher Azidosis des Urins (Azeton und Azetessigsäure), konnte aber nicht den Beweis erbringen, daß Herabsetzung des Azetongehaltes die Anfälle aufhören und künstliche Steigerung sie wieder auftreten läßt. Auch *Tolone* (113) findet bei seinen Untersuchungen eine Herabsetzung der Alkaleszenz des Blutes der Epileptiker und zwar in ganz gesetzmäßiger Weise: unmittelbar nach dem Anfall steigt die Alkaleszenz an, ohne die Höhe des normalen Blutes zu erreichen; dann sinkt sie ab, so daß das Minimum der Alkaleszenz kurz vor dem Anfall sich befindet.

Das Verhalten der Gerinnungsfähigkeit des Blutes der Epileptiker untersuchten *Turner* (116) und *Besta* (11) und kommen zu entgegengesetzten Resultaten. *Turner* fand eine Erhöhung, *Besta* eine Herabsetzung der Gerinnungsfähigkeit. *Turner* glaubte außerdem, daß die Bromsalze diesestärkere Gerinnungsfähigkeit des Blutes vermin-

forschung des Epileptikergehirnes zurück. Daß *Alzheimer* (2) eine summarische Zusammenstellung seiner Befunde gegeben hat, wurde oben erwähnt; er hat besonders auf den Nachweis von Zerfallsprodukten des Nervensystems unter dem Einfluß von epileptischen Anfällen hingewiesen.

Von *Bouché* (18) liegt eine fleißige anatomische Arbeit vor, die auf die auch bei der genuinen Epilepsie häufigen Herderkrankungen des Gehirns, ferner auf die Befunde an anderen Körperorganen aufmerksam macht, die als Quellen der Autointoxikation dienen können. Verfasser erwartet mehr für die Aufklärung der Epilepsie von Stoffwechseluntersuchungen, als von pathologisch-anatomischen Forschungen.

Eine genaue Zusammenstellung des Befundes bei 42 Epileptikern gibt *Turner* (115); die Ergebnisse der histologischen Untersuchung namentlich an den Gefäßen führen ihn zu dem Resultat, daß die grundlegende Ursache der Epilepsie eine Zirkulationsstörung, namentlich eine Stasis des Gefäßinhaltes sei, wofür auch die experimentelle Erzeugung von epileptischen Anfällen durch Karotidenkompression spricht. Das führt ihn wieder auf eine oben erwähnte Theorie (116) von der gesteigerten Gerinnungsfähigkeit des Blutes der Epileptiker. Den Zustand der Rinde beim Status epilepticus untersucht *Esposito* (43) und trennt dabei scharf die älteren Veränderungen von den akuten, durch den Status erzeugten. Die Befunde an den nervösen Elementen sind gering im Vergleich zu den Veränderungen an Neuroglia und Gefäßen, und namentlich ist immer nur eine Minderzahl der nervösen Elemente an den Veränderungen beteiligt.

Zur Symptomatologie sind zunächst treffliche Bemerkungen von *Binswanger* (14) zu erwähnen, der die Diagnose von herdförmigen Erkrankungen als Grundlage der Epilepsie bespricht. Die besondere Beteiligung einer Muskelgruppe oder Extremitätenseite bei den Krampfanfällen genügt noch nicht, um eine herdförmige Hirnerkrankung als Grundlage der Epilepsie anzunehmen. Dazu müssen auch außerhalb der Krampfanfälle deutliche Herdsymptome in Gestalt von Paresen u. dergl. nachzuweisen sein. Auch dann ist meist noch nicht die Jndikation zu einem operativen Eingriff gegeben, da die allgemeine epileptische Veränderung der Hirnrinde den Erfolg eines solchen Eingriffes fraglich erscheinen läßt.

Näcke (85) konnte ermitteln, daß die Worte „crampus“ und „Krampf“ aut eine alte arische Sprachwurzel zurückgehen, im klassischen Latein nicht vorkommen und im Volksglauben und in der Volksmedizin eine Bezeichnung für Einwirkung dämonischer Kräfte waren.

Besta (12), der schon in einer früheren Arbeit auf Innervationsdifferenzen der Epileptiker hingewiesen hat, beschreibt als einen weiteren Befund bei genuiner



Epilepsie Differenzen in der Funktion des Orbicularis palpebrarum, so daß das Auge der betroffenen Seite nicht isoliert geschlossen werden kann oder wenigstens die Lidspalte weiter offen bleibt. Gleichzeitig hat er auch eine größere Pupillenweite auf demselben Auge beobachtet, besonders nach Anfällen. Nach seiner Auffassung weisen diese Störungen auf eine herdförmige Erkrankung der Hirnrinde hin.

Veit (118) berichtet über Hautblutungen bei Epileptikern, die unabhängig von Anfällen auftreten und Ähnlichkeit mit den Flecken bei Purpura haben. Vielleicht liegt ihnen eine abnorme Beschaffenheit der Gefäßwand zugrunde.

Eine ganze Reihe von Arbeiten beschäftigt sich mit den Bewußtseinsstörungen bei Epileptikern. Dahin gehört eine Zusammenstellung von *Rodiet* und *Cans* (96) über die Sehstörungen in der Aura epileptischer Anfälle. Neben mehr peripherischen, wie Verdunkelungen des Gesichtsfeldes, starker Lichtüberempfindlichkeit, Mikropsie und Makropsie handelt es sich namentlich um das Auftreten elementarer oder zusammengesetzter Visionen, die manchmal farbig sind. Die Verfasser weisen besonders auf die forensische Bedeutung dieser Störungen hin. *Claude* (25) berichtet über das gleichfalls in der Aura auftretende Symptom der identifizierenden Erinnerungstäuschungen („illusion du déjà vu"); er führt es auf eine Störung der Fähigkeit zeitlich zu kolalisieren zurück.

Siemerling (103) berichtet über einige Fälle von epileptischen Äquivalenten mit erhaltener Besonnenheit. Hier liegt eine Assoziationsstörung zugrunde, welche eine Verarbeitung der Sinneseindrücke erschwert und dadurch die Merkfähigkeit stört. *S.* nimmt an, daß dies bedingt ist durch eine verminderte Ansprechbarkeit der Sinnesrindenfelder. Er weist auf die forensische Bedeutung solcher Bewußtseinsstörungen hin. Einen ähnlichen Fall beschreibt *Cl. Gudden* (53); auch er weist auf das Schwanken des Bewußtseinszustandes bei im allgemeinen erhaltener Besonnenheit hin und betont, daß bei solchen Zuständen sehr wohl Gedächtnisdefekte für einzelne Vorgänge vorkommen können, während unmittelbar danebenstehende Erinnerungsinseln erhalten bleiben; das spricht noch nicht für Simulation.

In einem Fall, den *Margulies* (50) beobachtete, hatte ein Epileptiker unmittelbar nach dem Anfall keinen Dämmerzustand, war aber noch etwas aufgeregt und verwirrt. In diesem Zustand schrieb er nach Diktat eines anderen einen Drohbrief; dabei war er so geordnet, daß er sich an einer Stelle weigerte, das Diktierte zu schreiben; später wußte er noch von dem Vorfall. *Pick*, der den Fall begutachtete, exkulpierte ihn, weil die gesteigerte Suggestibilität, die hier zutage trat, auf den durch den epileptischen Anfall veränderten Hirnzustand zurückzuführen war.

Mondio (82) berichtet über einen forensischen Fall, bei dem es sich um epileptische Äquivalente in Form einer hochgradigen transitorischen Erregung handelt. Er läßt dabei offen, ob man von larvierter Epilepsie oder von Dämmerzustand eines schwer Degenerierten sprechen soll, neigt aber wegen der vorausgegangenen Schädigungen des Gehirns durch exogene Momente (Syphilis) mehr zur Annahme einer larvierten Epilepsie. Über ähnliche Fälle aus der Literatur berichtet *Schlub* (98) und vermehrt sie durch eine eigene Beobachtung, bei der eine kriminelle Handlung als die Fortsetzung und Übertragung eines Traumes in den Wachzustand

epileptischer Anfälle ist die Diagnose Epilepsie immer unsicher und nur vermutungsweise zu machen.

Séglas (99) berichtet über einen Epileptiker, der vor seinen Petit-mal-Anfällen vorübergehende kurze Bewußtseinsstörungen bekommt, in denen bei ihm eine sog. Erinnerungsfälschung (illusion de fausse reconnaissance) auftritt; er glaubt, die Situation, in der er sich momentan befindet, schon einmal erlebt zu haben. Häufig ist dieser Zustand mit Angst verbunden, ähnlich der bei Zwangszuständen auftretenden.

Deroitte (35) sah bei einem 58 jährigen Kranken traumhafte Verwirrtheit, verkehrte Handlungen und Halluzinationen auftreten, die das Bild von Dämmerzuständen boten, ohne daß Epilepsie nachzuweisen war. Der Tod trat in einem dieser Dämmerzustände ein. Die Sektion ergab ein Durhämatom, Sklerose der Rindenarterien und Schwächung des Nervensystems durch einen Lungentumor.

Fünf Arbeiten liegen über poriomanische Zustände (Wandertrieb) bei Epileptikern und anderen psychopathischen Individuen vor.

Courbon (29) beschreibt eine Anzahl von fugueartigen Zuständen der verschiedensten pathogenetischen Grundlagen und versucht ihre differential-diagnostische Unterscheidung. In einigen seiner Fälle handelt es sich um hysterische Wandertriebe; er zeigt, daß dabei die Erinnerung nicht aufgehoben, nur verändert ist. Dann berichtet er über einen Fall bei einem Epileptiker, einem auf alkoholischer Basis und einem bei Dementia praecox. Der letztere stellt eine ausgesprochen motorische Störung dar und ist insofern charakteristisch für die Demenz.

Auch *Patrick* (86) betrachtet die poriomanischen Zustände von allgemeineren Gesichtspunkten als ein Symptomenbild, das sich bei den verschiedensten Erkrankungen findet. Er will unterschieden wissen den Wandertrieb bei erhaltenem Bewußtsein von dem automatenhaften, mit einem ausgesprochenen Dämmerzustand verbundenen Wandertrieb. Zu den ersteren Vorkommnissen rechnet er auch alle Neigungen zum Vagabundieren, den Mangel an Seßhaftigkeit, wie er bei zahlreichen Schwachsinnigen und Geisteskranken vorkommt. Die letzteren finden sich unter anderen bei der Epilepsie; für die epileptischen Fugues ist die kürzere Dauer, die Motivlosigkeit und die Tiefe der Bewußtseinsstörung einigermaßen charakteristisch. Gesichert wird aber ihre Diagnose nur durch den Nachweis der Grunderkrankung.

Noch schärfer präzisiert *Raecke* (90) die epileptischen Wanderzustände. Auch auf epileptischem Boden können diese Zustände ganz verschiedenartig sein. *R.* trennt das Wandern im Dämmerzustand und das Wandern ohne Bewußtseinstrübung im Verlauf einer epileptischen Verstimmung; außerdem kennt er das impulsive Fortlaufen bei epileptischem Schwachsinn. Stärkere Störungen der Ideenassoziation lassen die epileptischen Dämmerzustände vom hysterischen



Wandertrieb unterscheiden. Namentlich in forensischen Fällen müssen ausgesprochen pathologische Vorgänge während der Wanderung nachzuweisen sein, wenn ein wirklicher Dämmerzustand angenommen werden soll; die epileptischen Antezedentien allein genügen dafür noch nicht; auch die Amnesie allein ist kein beweisendes Symptom. Auch in einigen Fällen, die *Claude* und *Baudouin* (26) beobachteten, war die Erinnerung an die echt epileptischen Wanderzustände völlig erhalten.

Donath (40) teilt 3 Fälle von Poriomanie mit, davon zwei epileptischer Natur, obwohl in einem dieser beiden Fälle sichere Krampfanfälle nicht beobachtet wurden; er schließt die Epilepsie aus den der Wanderung vorangehenden Kopfschmerzen, aus der völligen Amnesie und der Gleichartigkeit der einzelnen Anfälle. *Donaths* dritter Fall ist nach seiner Auffassung die Handlung eines degenerativ Veranlagten; es handelt sich nicht um einen eigentlichen Dämmerzustand. Wir möchten in dieser Wanderung die impulsive motorische Reaktion eines Hebephrenen erblicken.

Endlich gibt *Ducosté* (41) eine Zusammenstellung von poriomanischen Zuständen bei verschiedenen Psychosen und versucht ihre Abgrenzung untereinander und gegen die Epilepsie. Alle Abhandlungen stimmen darin überein, daß die fuguesartigen Zustände kein einheitliches Symptom von diagnostischem Wert sind, sondern je nach ihrer Grundlage, ihrer Ätiologie und Art und Grad der dabei auftretenden Bewußtseinsstörung ganz verschiedenartig zu werten sind.

Den Zusammenhang zwischen Epilepsie und Demenz erörtert *Marchand* (77) in einer längeren Abhandlung, ohne wesentlich Neues zu bringen. Bei der Hälfte der zur Demenz führenden Epilepsien besteht gleichartige erbliche Belastung. Wenn die Demenz vor der Pubertät auftritt, hat sie die Form der Idiotie oder Imbezillität, während oder nach der Pubertät die der Dementia praecox. Bei Erwachsenen wird eine mit Epilepsie einhergehende Demenz hauptsächlich durch die auslösende Zerebralerkrankung bestimmt.

Pelz (88) beschreibt einen Epileptiker, der an einer auf luetischer Basis erworbenen echten Paralyse mit typischem Sektionsbefund stirbt. Hier handelt es sich um eine sukzessive Kombination eines exogenen und eines endogenen Krankheitsbildes, nicht, wie *Wattenberg* meint, um zwei verwandte endogene Stoffwechselerkrankungen.

Shanahan (101) hat zwei Fälle von Epilepsie mit dauernden, zeitweise in ihrer Intensität verstärkten myoklonischen Muskelbewegungen beobachtet; eine Erklärung der Fälle wird nicht versucht. In einer anderen Beobachtung von *Shanahan* (102) bekam eine Patientin mit 22 Jahren die ersten Symptome von Akromegalie; im 26. Jahr traten die ersten epileptischen Krämpfe auf. Es wird über die einschlägige Literatur berichtet.

Zur Therapie der Epilepsie liegt eine übersichtliche Publikation von *Bökelmann* (16) vor, die auch die Ätiologie und Symptomatologie abhandelt, ohne auf allen diesen Gebieten wesentlich Neues zu bringen. Der Verf. schildert auch prophylaktische Maßnahmen, und was besonders dankenswert ist, die Behandlung des epileptischen Status. Die medikamentösen Verfahren werden ausführlich und kritisch abgehandelt und dabei die Opiumbromkur, entgegen den un-

Auch *Seige* (100) gibt eine warme Empfehlung der Opiumbrombehandlung, die er aber beim Auftreten zahlreicher psychischer Äquivalente oder ausgesprochener psychischer Degeneration für kontraindiziert hält.

Barham (9) gibt einige hauptsächlich technische Gesichtspunkte für die Anwendung der salzarmen Diät und ihrer Kombination mit Bromsalzen. Er hat das Bromsalz an Stelle des Tafelsalzes im Salzfaß auf den Tisch gestellt zur freien Benutzung beim Mittagessen; der Verbrauch hat sich rasch zu einem ziemlich gleichmäßigen pro Kopf gestaltet. Beim Status empfiehlt er eine Entgiftung durch Magen- und Darmwaschungen. Bei der Allgemeinbehandlung wird auf die Entfernung defekter Zähne und eine sorgfältige Mundpflege hingewiesen.

Auch *Bouman* (19) empfiehlt die Behandlung mit kochsalzarmer Diät; eine Kontraindikation ist nach ihm Herzleiden.

Eine Übersicht über die Erscheinungsformen und Behandlungsmethoden der Epilepsie gibt *Fuchs* (51) und empfiehlt dabei sehr warm das Präparat von *Weil*, das sich aus Eisenbromiden, Hämoglobin, Azidalbumin und Enzianbitterstoffen zusammensetzt, ohne daß die mitgeteilten Erfolge besser als die mit anderen Brompräparaten erzielten sind. *Raffle* (91 a) schildert zusammenfassend die Behandlungsmethoden des Status epilepticus.

Auerbach und *Grossmann* (7) haben bei *Jakson*scher Epilepsie das krampfende Rindengebiet, das durch faradische Reizung festgestellt wurde, exzidiert, obwohl es makroskopisch und mikroskopisch unverändert war. Darnach trat Heilung ein. Die Verf. empfehlen dasselbe Verfahren auch für bestimmte Fälle der genuinen Epilepsie.

Eine Übersicht über die Anstaltsbehandlung der Epileptiker in verschiedenen Ländern liefert *Guidi* (54) ohne wesentlich Neues zu bringen.

b) Hysterie.

Mehrere Arbeiten beschäftigen sich mit der Theorie der Hysterie, ein Beweis, daß eine befriedigende Hypothese immer noch nicht gefunden ist. *Sollier* (106) polemiesiert gegen eine von *Babinski* gegebene Definition, die er in allen ihren Teilen für ungeeignet hält. Als positives Ergebnis dieser Polemik ist hervorzuheben, daß *Sollier* an der Bedeutung der Stigmata für die Diagnose der Hysterie festhält und betont, daß Stigmata weder fest fixiert zu sein brauchen, noch sich ohne Wissen des Kranken entwickeln müssen. Zum Schluß gibt *Sollier* seine eigene Definition: Die Hysterie beruht auf einer Funktionsbehinderung der Hirnrinde. Die Mannigfaltigkeit dieser Funktionsbehinderung in bezug auf die Intensität und Verteilung erklären die Verschiedenheit der hysterischen Störungen. Entsprechend der doppelten Funktion der Großhirnrinde — Projektion und Assoziation — sind diese Störungen sensible, sensorische, motorische oder viszerale auf der einen Seite und Störungen des Wahrnehmungs-, des Begriffsvermögens oder der assoziativen Täti-

keit anderseits. Die Suggestion kann eine Gelegenheitsursache für die Entstehung der Hysterie darstellen, ist aber durchaus nicht die einzige und nicht genügend, um die verschiedenen Äußerungen der Hysterie zu erklären; diese ist nichts anderes als eine besondere Reaktionsweise der Hirnrinde.

Eine andere Theorie von *Amselle* (3) verwirft die Krankheitseinheit der Hysterie und will die Bezeichnung lediglich für die hysterischen Anfälle gelten lassen; das übrige Ensemble der Hysterie ist eine Psychoneurose von unbestimmtem Charakter. Der hysterische Anfall aber ist nichts als eine besondere Reaktionsform auf Reize aller Art. *Claude* (28) definiert die Hysterie als eine „Diathese", einen konstitutionellen Zustand infolge einer Regulationsstörung der elementaren Reflexvorgänge.

Auf dem internationalen Kongreß in Amsterdam ist das Thema des Wesens der Hysterie gleichfalls erörtert worden. Dabei hat *Janet* (64) in seinem Referat betont, daß jede Hysterie in erster Linie eine Geistesstörung ist, und daß deshalb eine genaue psychologische Analyse der einzelnen Zustände namentlich der ekstatischen und delirartigen nötig sei. Nach seiner Auffassung handelt es sich bei der Hysterie um eine Einengung des Bewußtseins und eine Lockerung der das Persönlichkeitsbewußtsein zusammensetzenden Vorstellungen. *Joire* (66) definiert die Hysterie als eine Änderung des normalen Gleichgewichtszustandes des Nervensystems, so daß die Leistungsfähigkeit des Nervensystems („activité ou le pontentiel du s. n.") auf einzelnen Gebieten vermindert, auf anderen vermehrt ist, ohne daß dabei eine allgemeine Herabsetzung der nervösen Leistungsfähigkeit vorhanden zu sein braucht. *Sollier* (106) sieht die Grundlage der Hysterie in einer verminderten Aktivität der Hirnrinde, die er mit einem schlafähnlichen Zustand vergleicht; in ihm vollziehen sich alle körperlichen und psychischen Erscheinungen der Hysterie. Im Anschluß daran erörtert *Jelgersma* (65) das Wesen der hysterischen Stigmata und der Anfälle; es sind nach seiner Auffassung psychische Vorgänge von der Art eines Kurzschlusses ohne Zwischenschaltung assoziativer Tätigkeit und bedingt durch eine angeborene hereditäre Disposition des Nervensystems. Als letzter Referent betont *Terrieu* (112), daß die Hysterie eine konstitutionelle psychische Anomalie sei, ähnlich wie auf körperlichem Gebiet die Gicht oder die hereditäre Lues. Die Hysterie ist deshalb nicht heilbar, nur ihre Anfälle. *Raymond* (95) bezeichnet die Hysterie als eine Änderung der nervösen Dynamik infolge einer mangelhaften Regulierung der kortikalen und subkortikalen Vorgänge, die zu einer Lockerung der psychophysiologischen Funktionen führt, so daß diese isoliert und ohne Kontrolle des Bewußtseins verlaufen.

Man sieht, alle diese Definitionen, die sich anscheinend bei den französischen Klinikern einer großen Beliebtheit erfreuen, sind nichts anderes als geistreiche Wortspiele. Mehr Bedeutung beanspruchen die theoretischen Erörterungen, die sich auch in diesem Jahre wieder an die *Freud*schen Hypothesen von der Entstehung der Hysterie angeschlossen haben, besonders seitdem auch die Züricher Schule (*Bleuler*, *Jung*) sich den Anschauungen *Freuds* angeschlossen hat. Dahin gehört namentlich die kritische Berichterstattung *Aschaffenburgs* (6) auf dem internationalen Kongreß in Amsterdam. *Aschaffenburg* kritisiert kurz die Technik der Ma-

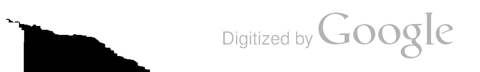
thode, namentlich der *Jung*schen Assoziationsmethode; sachlich erhebt er gegen *Freud* und *Jung* den Haupteinwand, daß sie in die Aussagen der Kranken mehr hineinlegen, als darinnen ist, daß ihre Methode Schlüsse und keine Tatsachen bringt. Die Auffassung, die der analysierende Arzt selbst in die Assoziationen und in die Traumerzählungen der Kranken hineinträgt, ist schuld daran, daß bei ihnen meist eine sexuelle Wurzel gefunden wird, besonders wenn an sich harmlosen Worten eine sexuelle Deutung untergelegt wird. Dagegen erkennt *A.* unumwunden an, daß *Freuds* Analyse auf die Bedeutung der Affekte für die Störung der Assoziationen mit Recht aufmerksam machen; dazu ist aber der Begriff der Verdrängung und der Konversion nicht erforderlich. Die therapeutische Anwendung der *Freud*schen Methode hält *A.* für unnötig und für gefährlich. Er betont auch, daß diese Methode uns, ihre Richtigkeit vorausgesetzt, höchstens eine Erklärung für das Zustandekommen hysterischer Symptome, nicht aber der hysterischen psychischen Grundlage abgibt. *A.* selbst sieht das Wesen der Hysterie in dem Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion, das sich bei der Prädisposition, namentlich auf endogenem Boden einstellt. Er gibt zu, daß auch dies keine Erklärung ist, meint aber, daß wenigstens für die Erziehungsbehandlung jugendlicher Hysterischer mit dieser Formel ein Weg gezeigt würde.

Ähnlich hat sich in der Diskussion zu dem Vortrag *Aschaffenburgs Alt* geäußert, und ähnliche Anschauungen trägt auch *Friedländer* (48 u. 49) vor, der einige Fälle von Hysterie ohne sexuelles Trauma schildert und zeigt, daß diese und andere Fälle auch ohne die von *Freud* geforderte Art der Psychoanalyse heilbar sind. Die warme Empfehlung der *Freud*schen Methode durch *Muthmann* (84) und auch seine ausführlich mitgeteilten Behandlungsergebnisse vermögen uns nicht von der Notwendigkeit einer so eingehenden Analyse von Sexualerlebnissen zu überzeugen.

Freud (47) wendet jetzt seine psychoanalytische Methode bereits zur Erklärung von Dichtungen an; eine Novelle *Jensens* hat ihn dazu angeregt. Hier wird das ziemlich einfache Liebesverhältnis und dessen Verwicklungen zwischen einem jungen Paar in höchst unnötiger Weise durch die Annahme verdrängter Sexualbegriffe zu erklären versucht. Man kann dazu nur sagen, daß ästhetisch damit gar nichts gewonnen ist und psychologisch uns nicht das enthüllt wird, was sich der Dichter gedacht hat, sondern was der Kritiker mit seiner sexualpsychologischen Methode daraus macht. Außerdem tragen derartige, auf ein breiteres Laienpublikum berechnete Publikationen nur dazu bei, die Aufmerksamkeit noch mehr auf das Geschlechtsleben zu lenken, als dies leider schon überall der Fall ist.

Zahlreich sind die Darstellungen von Einzelsymptomen der Hysterie. *Kausch* (67) schildert eingehend auf Grund eigener Beobachtung und unter Heranziehung der Literatur Störungen von seiten der Eingeweide, die eine chirurgische Erkrankung vortäuschen, aber in Wirklichkeit hysterischer Genese sind. Hier werden erörtert: Hirntumorsymptome, Stenosen des Magendarmtraktus, Lungen- und Magenblutungen, Störungen in der Stuhl- und Urinsekretion u. a.

In einer anderen auf einer großen Kasuistik basierenden Publikation äußert sich *Kausch* (68), daß „hysterisches Fieber" auch bei ganz strenger kritischer Sichtung und Ausmerzung aller Fälle von Simulation und von organisch bedingter



Temperatursteigerung doch, wenn auch selten vorkomme. Er unterscheidet bei diesen Fällen: 1) einfache Hyperthermie, Temperatursteigerung ohne die Allgemeinsymptome des Fiebers; 2) reines Fieber ohne sonstige auf eine Ursache hindeutende Begleiterscheinungen und 3) pseudosymptomatisches Fieber, wenn Lokalsymptome auf eine scheinbare Ursache des Fiebers hinweisen. Einen Fall, den er wegen der Begleitsymptome als reines hysterisches Fieber anspricht, teilt *Jakowenko* (63) mit.

Charpentier (23) erörtert einige Kennzeichen, die es gestatten, organische Symptome, namentlich Differenzen, Steigerungen und Herabsetzungen der Reflexe von hysterischen und simulierten zu unterscheiden. Das zeitweise Fehlen der Patellarreflexe bei Hysterie erwähnt *Wigand* (123).

H. Curschmann (34) berichtet über starke periodisch wiederkehrende Schweißausbrüche bei Mutter und Tochter, ohne daß anderweitige Befunde von seiten des Nerven- oder Gefäßsystems vorlagen; auf Suggestivbehandlung hörten die Schweißausbrüche auf. Als ähnliches Monosymptom schildert *Raimist* (92) eine langdauernde Retentio urinae. *Hock* (60) gibt eine Darstellung hysterischer Nierenstörung, darunter 2 Fälle von Nierenkolik eigener Beobachtung; er führt aus, daß, wenn auch selten, Blutungen aus intakten Nieren vorkommen. Ferner bespricht er das Auftreten und die Diagnose der hysterischen Polyurie, der Retentio urinae und die hysterische Inkontinenz. *Bleibtreu* (15) beschreibt eine langedauernde Kontraktur der Mundmuskulatur, die den Eindruck einer rüsselartigen Lippenschwellung machte, aber einer Suggestivbehandlung wich.

A. Westphal (122) hat wiederholt bei Hysterikern, ähnlich wie bei Katatonikern, ein häufiges Wechseln der Gestalt der Pupille beobachtet, so daß sie sich ovalär verzog und gleichzeitig träge Licht- und Konvergenzreaktion zeigte, während sie im runden Zustand gute Reaktion zeigte. Diese Erscheinung trat auch außerhalb der hysterischen Anfälle auf. *Pansier*, *Rodiet* und *Cans* (87) geben in einer kasuistischen Mitteilung einen Bericht über Pupillenträgheit bei Epileptikern und über Gesichtsfeldeinengung bei Hysterischen, sowie über die Unmöglichkeit die letztere zu simulieren.

Claude und *Rose* (27) berichten über eine Patientin mit sekundärer Syphilis, bei der fugueartige Zustände und Krampfanfälle von hysterischem Charakter auftraten; letztere waren von Blutbrechen begleitet. Die Verf. vermuten, daß die starken Kongestionen während des Anfalls vielleicht die Magenblutungen verursachen. *Lejoune* und *Chartier* (71) berichten über eine Hysterische, welche die krankhaft fixierte Idee der Furcht vor einem eintretenden Anfall zu choreaartigen, ungeordneten Bewegungen beim Gehen veranlaßte; eine Suggestivheilung bestätigte die hysterische Natur dieser Astasie.

Fischer (44) gibt eine eingehende Untersuchung des als Dysmegalopsie bezeichneten Symptoms. Die Eigenschaft, die Gegenstände größer zu sehen (Makropsie) ist verbunden mit einer abnorm kleinen Schrift — Mikrographie; diese Störungen sind bedingt entweder peripherisch durch Krampf oder Lähmung der Augenmuskeln, muskuläre Dysmegalopsie, oder zentral durch eine kortikale oder transkortikale Assoziationsstörung. Beide Formen können hysterischen Ursprungs



sein. In einem Fall ven *Liebscher* (73) konnte der hysterische Ursprung dieser Störung auch noch dadurch erwiesen werden, daß sie sich beeinflussen ließ durch Eintropfen indifferenter Flüssigkeiten, welche den Akkommodationsapparat des Auges nicht veränderten, also auf rein psychischem Wege. Derselbe Eingriff ließ in diesem Fall auch das *Ganser*sche Symptom lediglich auf der dem Auge entsprechenden Körperseite auftreten, ein Beweis für die rein hysterische Natur dieses Symptoms.

Raviart und *Dubar* (94) schildern motorische und sensorische Aphasien, die in Einzelsymptomen nacheinander bei einer Hysterischen auftraten und ganz das Bild organischer Hirnerkrankungen boten. Diese, wie die Beobachtung *Knapps* (70) von einer reinen subkortikalen sensorischen Aphasie, die sich auf eine Taubheit lediglich für Worte, nicht für Musik beschränkte, zeigen, daß sämtliche aphasische Symptome ohne organische Grundlage bei Hysterischen vorkommen können.

Eine Schilderung gut beobachteter Dämmerzustände aus der Jenaer Klinik gibt die Dissertation von *Kessel* (69). Die beschriebenen sieben Fälle weisen zahlreiche interessante Einzelheiten auf: *Ganser*sche Symptome, katatone Beimischungen, zwangsmäßige Grundlagen. Man findet häufig den Dämmerzustand ohne scharfe Trennung in den gewöhnlichen Zustand hinübergehen und findet die Erinnerung namentlich an affektbetonte Erlebnisse und Wahrnehmungen des Dämmerzustands erhalten.

Das *Ganser*sche Symptom findet sich auch bei dem Dämmerzustand, den *Frost* (50) schildert, er ist enstanden auf schwer degenerativer Grundlage und ausgebildet durch Schädeltrauma und psychische Erregung; so stellt diese Attacke nur eine Episode im Verlauf einer abnormen psychischen Veranlagung dar.

Raecke (91) zeigt, daß die hysterischen Geistesstörungen, so mannigfaltig sie sind, doch alle in der elementaren hysterischen Veränderung des Vorstellungslebens wurzeln; man darf sie nicht als zufällige Komplikationen der Hysterie auffassen, sondern sie gehören mit zu dem Krankheitsbild.

Eine Anzahl von hysterischen Zitterepidemien schildert ein Lehrer *Dix* (37) und knüpft daran pathogenetische und therapeutische Erwägungen. Nachdrücklich wird von einer Überschätzung der Schulüberbürdung als ätiologischer Faktor gewarnt und auf die endogene Anlage der von der Epidemie befallenen hingewiesen. Der Versuch, die psychische Infektion psychologisch zu analysieren, ist unbefriedigend. Eine flott geschriebene für das breitere Publikum bestimmte sozialpathologische Studie über die psychischen Epidemien gibt *Hellpach* (58); er zeigt, wie sowohl bei den großen Epidemien des ausgehenden Mittelalters, als bei den kleineren der Neuzeit eine ausgesprochen hysterische Grundlage vorhanden ist, und fordert zu einem genaueren Studium der modernen Epidemien auf. Eine kirchlich apologetische Schrift von *Hahn* (55), Professor der Physiologie am Jesuiteninstitut zu Löwen, sucht nachzuweisen, daß die heilige Therese zwar „in Hinblick auf den Organismus hysterisch war, aber in Hinblick auf den Geist den deutlichsten Kontrast mit dem gewöhnlichen Typus der Hysteriekranken gewährte“. Auch ihre



Visionen seien nicht hysterische Halluzinationen, sondern göttliche Offenbarungen gewesen.

Die forensische und soziale Seite der Hysterie würdigen mehrere Arbeiten. *Courbon* (31) berichtet über einen Hysteriker mit häufigen halluzinatorischen Attacken und zahlreichen psychischen Degenerationszeichen. Seine Selbstmordversuche sind verschiedenartig: während der Attacken sind sie der Ausfluß schwerer ängstlicher Verwirrtheit, in der freien Zwischenzeit treibt ihn dazu Lebensüberdruß, augenblicklicher Ärger oder ähnliche Affekte; aber auch hier ist die pathologisch gesteigerte Affekterregbarkeit bei diesen Handlungen nicht zu verkennen.

Cullerre (32) schildert eine Brandstiftung im hysterischen Dämmerzustande und bemerkt, daß die Hysterie nicht kriminelle Charaktere schaffe, sondern nur durch Wegnahme von Hemmungen die in einzelnen Individuen schlummernden kriminellen Reizungen wecke. *E. Meyer* (81) weist bei einer Besprechung der Hysterie als Ursache von Invalidität vor allem auf die psychische Natur der Erkrankung hin; ist diese einmal festgestellt, so muß man auch etwaige Übertreibungen auf ihre Rechnung setzen. Er empfiehlt in frischeren Fällen Heilstättenbehandlung, in veralteten Fällen Halbinvalidität. *Margulies* (79) will das Gros der nach Traumen auftretenden Neurosen und psychopathischen Zustände als Hysterie bezeichnet wissen und weist bei ihnen hysterische Züge nach. Diese Auffassung gestaltet ihre Beurteilung und Behandlung einfacher.

Boldt (17) zeigt, daß eine ziemlich erhebliche Zahl von Hysteriefällen in der Armee vorkommt, daß sicher ein Teil dieser fälschlicherweise für Epilepsie gehalten wird, und gibt Behandlungsmaßregeln: nur die schwereren Formen sind ohne weiteres als dienstuntauglich zu bezeichnen; bei den leichteren Formen empfiehlt sich somatische und psychische Behandlung, die auch nicht unterlassen werden darf, wenn der Mann entlassen werden soll, um ihn nicht dauernd für einen bürgerlichen Beruf unfähig zu machen.

Die Behandlungsfähigkeit namentlich der jugendlichen Hysterie betont auch *Curschmann* (33) und gibt dafür geeignete Methoden; namentlich empfiehlt er die energische Überrumpelungstherapie, die sich aber nur bei sofortiger Entfernung aus den häuslichen Verhältnissen durchführen läßt. Auch *Savill* (97) empfiehlt eine Psychotherapie unter Entfernung der häuslichen Einflüsse bei psychischer Isolierung und unterstützt von diätetischen Maßregeln.

Claude (24) weist auf Grund von Befunden in zwei Fällen darauf hin, daß gelegentlich hysterische Symptome bei organischen Veränderungen vorkommen, und daß die Hartnäckigkeit und lange Dauer der hysterischen Störungen sich durch diese organische Grundlage erklären.

Über die sogenannte Tierhysterie äußert sich *Dexler* (36) ablehnend: Ein Tier kann so wenig Hysterie bekommen, wie ein tiefstehender Idiot. Die Assoziationen der Tiere sind viel zu einfach, um eine innere Verarbeitung der Anfälle zu ermöglichen. Die an Hysterie erinnernden motorischen Erscheinungen bei Tieren sind epileptische Attacken oder Bewegungshemmungen auf Sinneseindrücke oder Schreckstarre.

c) Neurasthenie und Nervosität.

Der Mode gewordenen Überschätzung der Sexualsphäre trägt eine Abhandlung von *Barrucco* (10) über sexuelle Neurasthenie Rechnung; er versteht darunter nervöse und hysterische Symptomenkomplexe, die nach seiner Ansicht ausgelöst werden durch wirkliche Genitalerkrankungen und eine lokale Therapie nach dieser Richtung erfordern. Das Buch enthält viele Unrichtigkeiten und eine einseitige Überschätzung der genannten ätiologischen Faktoren, ferner den alten Fehler, der in der Laienwelt schon so viel Unheil angerichtet hat, die Masturbation und ihre Folgen in den allerschwärzesten Farben zu schildern; sogar zur Melancholie soll sie führen können. Die Übersetzung des italienischen Originals durch *R. Wichmann* hat jedenfalls keinem Bedürfnis abgeholfen. Viel kritischer geht *Sutter* (110) in zwei Arbeiten vor, in denen er die Beziehungen weiblicher Genitalerkrankungen zu Neurosen erörtert und deren ätiologische Rolle genau umschreibt. Vollständig im *Freud*schen Anschauungskreis steht *Steckel* (109), der auch die Quelle fast aller nervösen Störungen in „verdrängten" Sexualerlebnissen sieht. Mehr anzuerkennen ist, daß er in seiner Abhandlung energisch Front macht gegen das Dogma, welches den Einfluß der modernen Kultur, des Großstadtlebens, des Konkurrenzkampfes auf die Entstehung von Neurosen und Psychosen maßlos übertreibt. Außerdem gibt *Steckel* (108) gute psychische Analysen einzelner Angstzustände und Phobien, wenn man auch nicht zugeben kann, daß sie alle in dem Maß, wie er meint, auf Sexualerlebnisse zurückzuführen sind. Einen kritischeren Standpunkt nimmt *Warda* (121) ein; er gibt zu, daß in einzelnen Fällen von Zwangsneurosen sexuelle Jugendtraumen eine ursächliche Rolle spielen, hat aber von der weitschweifigen Erörterung dieser Dinge keinen therapeutischen Erfolg gesehen und pflegt sie zu vermeiden. Für den Laien berechnet sind zwei kleinere Bücher von *Hirschkron* (59a) und von *Vorberg* (119), die eine populäre Darstellung der „Nervenschwäche" und der „Nervenleiden" bringen. Beide Bücher haben die löbliche Absicht, den Laien soweit aufzuklären über dies Gebiet, daß er die Notwendigkeit, zum Arzt zu gehen, einsieht. Wir fürchten aber, daß die darin gegebenen therapeutischen Gesichtspunkte sie zu Kurierbüchern in der Hand des Laien machen und daß sie zu einer unverstandenen kritiklosen therapeutischen Vielgeschäftigkeit Anlaß geben. Wenn irgend bei einer chronischen Erkrankung ist bei der Nervosität eine populäre Darstellung kondraindiziert, schon weil sie ein Heer von Hypochondern heranzüchtet. Das Buch von *Trömner* (114) ist für den Arzt berechnet. Es trägt unter dem Namen Neurasthenie Zustände der verschiedensten Ätiologie und Symptomatologie vor, ohne zwischen Nervosität und Neurasthenie zu trennen. Dabei wird auch die Lehre von der „fortschreitenden nervösen Entartung des Menschengeschlechtes" vorgetragen und auf die Gefährlichkeit der Verwandtenehen zweiten Grades (Vetter und Base) hingewiesen. Wir halten auch die Darstellung der Schulüberbürdung für zu schwarz.

In einem warm und klar geschriebenen Essay gibt *Gaupp* (51a) eine verständliche Definition des Unterschiedes zwischen Neurasthenie und konstitutioneller Nervosität. Nur die erstere ist eine Erschöpfung infolge von Überanstrengung;

die andere ist eine angeborene geringere Leistungsfähigkeit des Nervensystems. Diese Unterschiede sind für die Therapie wichtig: bei der großen Zahl der konstitutionell Nervösen ist eine medikamentöse und Ruhetherapie fruchtlos, wenn sie nicht durch psychische Behandlung und Erziehung zur Arbeit unterstützt wird. Die Behandlung des Nervösen ist die Domäne des Hausarztes.

Interessante ätiologische Gesichtspunkte geben Arbeiten, die sich mit psychischen und nervösen Erkrankungen während des russisch-japanischen Feldzuges beschäftigen. Solche Arbeiten liegen vor auf russischer Seite von *Awtokratow* (8), auf japanischer von *Araky* (5) und eine deutsche Publikation von *Honigmann* (61), der zahlreiche russische Offiziere in einem Lazarett in Wiesbaden gesehen hat. Gegenüber dem Gewerbeunfall stellt ja der Krieg und namentlich der mit so großer Heftigkeit und Anspannung aller aus einer Nation herauszuziehenden Mittel geführte moderne Krieg eine ganz andere Kombination von psychischen und materiellen Schädigungen dar. Als solche nennt *Araky* Überanstrengung, Infektionskrankheiten und andere Organerkrankungen, Alkoholismus, Kopfverletzungen. Es wird weiter angeführt das eigenartige Milieu, in dem sich die meisten Kämpfenden zur Zeit ihrer Verletzung befinden: die erhöhte Spannung und Erregbarkeit des Nervensystems. So kommt er zu dem eigenartigen Bild der „Kriegsneurose“, die manche Beziehung zur Unfallneurose hat, sich aber anderseits doch wesentlich von ihr unterscheidet. Besonders auffällig sind schwere, scheinbar organisch bedingte Herdsymptome, bei denen der günstige Verlauf ihre rein psychogene Genese aufdeckt. *Lochte* (74) bespricht hauptsächlich die Symptome, die es gestatten bei vorliegenden neurasthenischen Beschwerden den Alkoholismus als Grundlage derselben zu ermitteln. Dabei werden Vomitus, hypnagoge Visionen, *Quinquaud*sches Phänomen, Glykosurie und andere in ihrer Bedeutung zweifelhafte Symptome eingehend geschildert und ihre Bedeutung gewürdigt.

Forli (45) schildert die Migräne, die Hemikranie als einen Zustand, der symptomatisch Psychosen und Neurosen organischer und funktioneller Natur begleiten kann oder als selbständige Krankheit auftreten kann. In letzterem Fall hat er zwar einzelne Symptome mit der Epilepsie gemeinsam, ist aber sonst völlig von ihr verschieden, namentlich auch pathogenetisch. Bei der echten Hemikranie können psychische Störungen auraartig die Attacken einleiten oder sie begleiten.

Ernst (42) beschreibt einen Fall, den er nach dem ganzen übrigen Symptomenkomplex als traumatische Neurose auffaßt; im Anschluß an einen Schlag auf den Kehlkopf trat Bewußtlosigkeit, später doppelseitige rhythmische Krämpfe in der Schling- und Kehlkopfmuskulatur mit Beteiligung des Zwerchfelles auf.

Bei der Therapie der Neurasthenie warnt *Hartenberg* (46) vor einer übertriebenen Schätzung der Psychotherapie; denn es handelt sich hier nicht um psychische Vorgänge, sondern um eine Erschöpfung und Ernährungsstörung der Nervenzelle, die durch Ruhe, Reizentfernung und Überernährung behandelt werden muß. In der Diskussion treten *Déjerine*, *Bernheim* und *Sollier* für den Wert der Psychotherapie auch bei der Neurasthenie ein.

Als Nervinum wird von *Bianchini* (13) warm das Bornyval empfohlen, das beruhigend bei motorischer Erregung und Schlaflosigkeit wirkt, und die Herz-

tätigkeit reguliert. *Grabley* (52) äußert sich über Wirkungsweise und Technik der Luftbäder, durch die der Gasstoffwechsel der Haut erfolgreich beeinflußt wird.

d) Schilddrüsenerkrankungen.

Wagner von Jauregg (120) gibt einen Sammelbericht über Behandlung des endemischen Kredtinismus mit Schilddrüsensubstanz; er hat damit gute Erfolge gesehen. *Rattner* (93) empfiehlt das Antithyreoidin bei der Behandlung des Morbus Basedow. *Sierau* (104) macht darauf aufmerksam, daß unter dem Bild einer mit scheinbarer Demenz, die vielmehr Hemmung ist, Reizbarkeit, Halluzinationen und Verfolgungsideen einhergehenden Psychose bei Erwachsenen sich gelegentlich Schilddrüsenerkrankungen verbergen, die einer spezifischen Behandlung mit Thyreoidintabletten zugängig sind. In seinem Fall besserten sich die psychischen und körperlichen Erscheinungen bei einer ca. 32jährigen Frau so, daß sie wieder entlassen werden konnte; bei einer erneuten Erkrankung wurde das körperliche Befinden gleichfalls wieder besser; psychisch blieb eine gewisse Stumpfheit zurück. Auch eine fleischarme Diät konnte daran nichts ändern. *S.* meint, daß bei längerer Einwirkung der hier in Frage kommenden Autotoxine an den Nervenzellen irreparable Veränderungen eintreten, während die übrigen Körpergewebe einer Wiederherstellung noch fähig sind. Wo man Erfolge von Milchdiät sieht, seien sie darauf zurückzuführen, daß wahrscheinlich die Milch gesunder Kühe einen geringen Gehalt an Thyreoideasekret hat. *Levi* und *Rothschild* (72) geben eine Einteilung der mit Erkrankungen der Schilddrüse zusammenhängenden nervösen Zustände. Sowohl bei der mangelhaften Funktion der Schilddrüse („Hypothyroidie"), deren ausgesprochenste Folge das Myxödem ist, wie bei der abnorm starken Sekretion („Hyperthyroidie") mit dem Basedow als stärksten Grad führen zahlreiche Zwischenstufen, Formes frustes bis in den Bereich des Normalen. Die Organtherapie wird warm empfohlen.

4. Intoxikations-Psychosen. Ref.: Peretti.

1. *Aleksandroff*, Ein Fall Korsakoffscher Psychose nach Hyperemesis gravidarum. Korsakoffs Journal H. 2 u. 3, S. 267. (S. 182*.)

1a. *Aufrecht*, Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med Wochenschr. Nr. 32, S. 1589. (S. 179*.)

2. *Baer* und *Laquer*, Die Trunksucht und ihre Abwehr. Verlag von Urban und Schwarzenberg in Berlin und Wien. (S. 175*.)

3. *Belletrud*, Aphasie motrice avec troubles psycho-sensoriels au cours de la dimorphinisation. L'Encéphale No. 4. (S. 182*.)

4. *Benon*, L'alcoolisme à Paris. Annal. d'hygiène publique et de la médecine légale. Octobre. (S. 176*.)

5. *Bergmann-Kasperowicz*, Contribution à l'[illegible] ychose de Korsakow. Dissertation Genf. [illegible]

6. *Besta*, Ricerche sopra alcune proprietà del siero di sangue nella pellagra umana e nella pellagra sperimentale. Rivista speriment. di freniatria Vol. XXXIII, Nr. 1. (S. 183*.)

7. *Bonfigli*, Sulla psichosi di Korsakoff. Riv. speriment. di freniatria Vol. XXXIII, Nr. 1. (S. 181*.)

8. *Ceni*, Di un aspergillo bruno gigante e della sue proprietà tossiche in rapporto colla pellagra. Riv. speriment. di freniatria Vol. XXXIII, Nr. 1. (S. 183*.)

9. *Ceni*, I tossici pellagrogeni in rapporto colle diverse sostanze alimentari e colle stagione dell' anno. Riv. speriment. di freniatria Vol. XXXIII, Nr. 4. (S. 183*.)

10. *Chotzen*, Kasuistischer Beitrag zur Frage der chronischen Alkoholhalluzinosis. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie Nr. 228, S. 1. (S. 180*.)

11. *Chotzen*, Transitorische Alkoholpsychosen. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie H. 4, S. 285. (S. 179*.)

12. *Cimbal*, Die antisoziale Bedeutung des chronischen Alkoholmißbrauches. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Medizin Bd. 33, Suppl.-Heft. (S. 177*.)

13. *Clérambault, de*, Ivresse psychique avec transformation de la personnalité. Annal. méd.-psychol. p. 228 u. p. 377. (S. 179*.)

14. *Eichelberg*, Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 20, S. 978. (S. 179*.)

15. *Forli*, Un caso di sindrome cerebellare da infezione malarica. Bolletino della Società Lancisiana degli Ospedali di Roma Vol. III, (S. 183*.)

16. *Friedländer*, Habitueller Chloroformmißbrauch. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 37. (S. 183*.)

17. *Ganser*, Zur Behandlung des Delirium tremens. Münch. med. Wochenschr. Nr. 2, S. 120. (S. 178*.)

18. *Geelvink*, Über die Grundlagen der Trunksucht. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 64, S. 492.

19. *Goldstein*, Ein Beitrag zur Lehre von den Alkoholpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 64, S. 240.

20. *Gregor*, Beiträge zur Kenntnis der pellagrösen Geistesstörungen. Jahrb. f. Psychiatrie Bd. 28, S. 215. (S. 183*.)

21. *Gregor*, Beiträge zur Kenntnis der Gedächtnisstörung bei der

Korsakoffschen Psychose. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie H. 1 u. 2. (S. 181*.)

22. *Gruber* und *Kraepelin*, Wandtafeln zur Alkoholfrage mit Erläuterungen. Verlag von Lehmann in München.

23. *Hoisholt*, Alcohol: the effect of its use and abuse. California State Journal of Medicine. April—May. (S. 177*.)

24. *Hosch*, Delirium tremens nach Alkoholentziehung. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, S. 2188. (S. 177*.)

25. *Joffroy*, Alcool and alcoolisme. Revue scientifique Vol. VIII, No. 2. (S. 175*.)

26. *Juliusburger*, Zur Behandlung der forensischen Alkoholisten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 64, S. 394.

27. *Juquelier*, La démence alcoolique. Le médecin praticien No. 15, p. 229. (S. 180*.)

28. *Kauffmann*, Über Kohlehydraturie bei Alkoholdelir. Münch. med. Wochenschr. Nr. 44, S. 2185. (S. 178*.)

29. *Kauffmann*, Stoffwechseluntersuchungen bei Alkoholdeliranten. Journ. f. Psychologie u. Neurologie Bd. 10, H. 1 u. 2. (S. 178*.)

30. *Kraepelin*, *Vocke* und *Lichtenberg*, Der Alkoholismus in München. Verlag von Lehmann in München. (S. 175*.)

31. *Kürbitz*, Alkohol und Selbstmord. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 64, S. 579.

32. *Kürbitz*, Zur pathologischen Anatomie des Delirium tremens. Arch. f. Psychiatrie Bd. 43, H. 2, S. 560. (S. 178*.)

33. *Lang*, Die kindliche Psyche und der Genuß geistiger Getränke. Verlag von Safer in Wien. (S 175*.)

34. *Laquer*, Gothenburger System und Alkoholismus. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens Heft 53. (S. 177*.)

35. *Laquer*, Über den Alkoholismus im Orient. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 20, S. 812. (S. 176*.)

36. *Legrain* et *Benon*, L'alcool anti-sociale. Annales antialcooliques. (S. 176*.)

37. *Marie*, Note sur la folie haschichique. Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière No. 3. (S. 182*.)

38. *Maupaté* et *Nollen*, Contribution à l'étude de l'alcoolisme chez la femme dans le Nord. Écho médical du Nord. 16. Juin und 14. Juillet. (S. 176*.)

39. *Meeus*, Korsakows Krankzinnigheidsverschijnselen op senielen grond. Handlingen van het Tienda Vlaamsch Natuur-en Geneeskundig Congress te Brugge. September 1906. (S. 181*.)

40. *Mirman*, Enquête sur l'importance du rôle joué dans l'aliénation mentale par l'alcool et les boissons à base d'alcool contenant des essences. Annal. méd.-psychol. Septembre—Octobre p. 246. (S. 175*.)

41. *Miyake*, Zur Frage der Abstinenzdelirien. Jahrb. f. Psychiatrie Bd. 28, H. 2 u. 3, S. 310. (S. 178*.)

42. *Moeli*, Zur Behandlung der Alkoholkranken. Der Alkoholismus. IV. Teil, S. 30. (S. 177*.)

43. *Mondio*, Morfio-cocainismo. Il Manicomio Vol. XXIII, No. 2. p. 219. (S. 182*.)

44. *Mott*, On alcohol and insanity. British medical Journal. September. (S. 176*.)

45. *Nicolauer*, Fall von schwerer polyneuritischer Psychose mit Apraxie. Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 64, S. 193.

46. *Pentz*, Akute Alkoholvergiftung. Der Alkoholismus. Neue Folge Bd. 4, Nr. 5, S. 241. (S. 179*.)

47. *Schott*, Was soll das Irrenpflegepersonal von dem schädlichen Einfluß des Mißbrauchs geistiger Getränke wissen? Die Irrenpflege Nr. 8. (S. 175*.)

48. *Serbsky*, Die Korsakowsche Krankheit. Arbeiten aus dem Neurologischen Institut an der Wiener Universität. Obersteiner Festschrift. (S. 181*.)

48a. *Serbsky* und *Petroff*, Korsakoffsche Psychose und Erysipel. Korsakoffs Journal H. 2 u. 3, S. 303. (S. 181*.)

49. *Thielepape*, Zur Ätiologie und Symptomatologie des Korsakowschen Symptomenkomplexes. Jenaer Dissertation. (S. 181*.)

50. *Tidemann*, Ein Beitrag zur Kasuistik der Neuritis multiplex alcoholica mit Korsakowscher Psychose. Kieler Dissertation 1906. (S. 181*.)

51. *Tomasini*, Ematoma soprachnoideo in degenerato alcoolista. Il Manicomio Vol. XXIII, No. 2. p. 256. (S. 180*.)

52. *Waldschmidt*, Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke. Medizinische Reform. (S. 177*.)

53. *Waldschmidt*, Die Behandlung der Alkoholisten. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen Bd. 6, H. 2 u. 3. (S. 177*.)
54. *Weber*, Statistique des alcooliques traités à l'Asile cantonal de Bel-Air (Génève) pendant les années 1901—1905. Thèse. Genf. (S. 176*.)
55. *Wwedenski*, Zur Kasuistik der Dipsomanie. Korsakoffs Journal H. 4, S. 657. (S. 180*.)

a) Alkoholismus.

Beiträge zum gegenwärtigen Stande der Alkoholfrage benennen *Baer* und *Laquer* (2) ihr Buch über die Trunksucht und ihre Abwehr, die zweite Auflage des 1890 erschienenen *Baer*schen Buches. Man könnte es ebensogut als Lehrbuch bezeichnen, denn es enthält eigentlich alles, was über den Alkoholismus, seine Folgen und seine Bekämpfung zurzeit bekannt ist. Es eignet sich ausgezeichnet zur Orientierung, zumal jedes überflüssige Beiwerk vermieden ist.

Ein sehr praktisches und zu empfehlendes Hilfsmittel bei der Belehrung größerer Kreise über die Schädigungen, die der Alkoholmißbrauch hervorruft, sind die 10 Wandtafeln von *Gruber* und *Kraepelin* (22) mit den Erläuterungen.

Von anderen belehrenden Schriften ist die Abhandlung von *Joffroy* (25), die in Kürze die physischen, psychischen und sozialen Schäden des Alkoholismus aufführt, für das gebildete Laienpublikum, die von *Schott* (47) für das Irrenpflegepersonal und die von *Lang* (33), der in geschickter Weise die Erfahrungen über die keimschädigenden Wirkungen des Alkoholmißbrauchs und die Versuche der *Kraepelin*schen Schule über den Einfluß des Alkohols auf psychische Vorgänge vor Augen führt, für Lehrer und gebildete Eltern bestimmt.

Die in dem vorigjährigen Bericht bereits erwähnten Mitteilungen *Kraepelins* und *Vockes* über den Alkoholismus in München ergänzt *Lichtenberg* (30), indem er eingehend über 524 (446 Männer, 78 Frauen) in der psychiatrischen Klinik 1905 verpflegte Alkoholkranke berichtet. Die Verpflegungskosten für diese betrugen über $^1/_6$ der Verpflegungskosten für sämtliche Kranke der dritten Klasse. 113 der Alkoholkranken waren schon früher, 103 wiederholt, einer sogar 70 mal wegen alkoholischer Geistesstörung klinisch behandelt worden. Über die Hälfte, nämlich 265, waren gerichtlich bestraft, im ganzen 2853 mal, jeder durchschnittlich 11 mal, von den 238 Männern 41 zum ersten Male vor dem 18. Lebensjahre. 50 Alkoholiker machten Selbstmordversuche, 12 davon mehrmals. 86 Männer und 28 Frauen stammten von trunksüchtigen Aszendenten ab, 23 Männer und 9 Frauen waren unehelich geboren.

Aus der Zusammenstellung von *Mirman* (40) ergibt sich, daß am 1. Januar 1907 in den Irrenanstalten sämtlicher Departements Frankreichs unter 71547 Geisteskranken 9932 also 13,60 % Alkoholiker waren, 7062 [illegible] Frauen. Bier spielt in Frankreich beim Alkoholismus nur eine [illegible] sind in vielen Fällen, fast bei der Hälfte der Frauen, die Ap[illegible].

Der Vergleich des Jahres 1907 mit dem Jahre 1897 ergab in 36 Departements eine Zunahme der geisteskranken Alkoholisten um 57 %.

Am 31. Dezember 1906 zählten *Maupaté* und *Nollen* (38) in der für die geisteskranken Frauen des Departement du Nord bestimmten Anstalt Bailleul unter 1085 Kranken 84 = 7,74 %, bei denen der Alkoholmißbrauch die Haupt- oder Mitursache der Krankheit ausmachte. Bemerkenswert war die große Zahl der Witwen, nämlich 31. Die Zusammenstellung der in den Jahren 1871 bis 1906 aufgenommenen Kranken ergab, daß unter 8041 Frauen 499 Trinkerinnen waren, davon 122 Witwen. Im Vergleich zu sämtlichen aufgenommenen Kranken sind bei den Trinkerinnen die Witwen doppelt so stark und die Unverheirateten halb so stark beteiligt. Auffallend ist die große Zahl von Haushälterinnen (166) und Wirtinnen (27). Das wegen seines Trinkens verschriene Departement du Nord liefert also der Anstalt nicht mehr als 6—7 % Fälle, die mit Alkoholmißbrauch im Zusammenhang stehen, und, wenn man nur den Alkoholmißbrauch im engeren Sinne des Wortes in Betracht zieht, weniger als 2 % der Gesamtaufnahme.

Nach der von *Weber* (54) aufgestellten Statistik der Genfer Anstalt Bel-Air waren unter den in den Jahren 1901 bis 1905 aufgenommenen Männern durchschnittlich 32 % Alkoholisten, 1901 nur 25 %, dagegen 1905 nicht weniger als 40 %. Die meisten tranken den Alkohol auch in der Form des Absinths, und darauf ist wohl zurückzuführen: die große Zahl von Epileptikern, mindestens 40 %, der frühzeitige Beginn der Epilepsie, die Häufigkeit der Angstformen des Delirs und die Häufigkeit von Gewalthandlungen, Mord- und Selbstmordversuchen.

Benon (4) beschäftigt sich mit der Statistik des reichhaltigen Materials der für die Aufnahme der Alkoholisten des Seinedepartements bestimmten Anstalt Ville-Evrard aus den Jahren 1897—1906. Einige Punkte mögen hervorgehoben werden. Von den 2493 Alkoholkranken standen 74,67 % im Alter von 30—50 Jahren, 79,38 % wurden nur einmal in der Anstalt untergebracht, 68,59 % wiesen rein alkoholische Störungen auf, die anderen waren Degenerierte, Paranoiker, chronische Melancholiker, Maniakalische, Epileptiker, Demente usw., bei denen der Alkoholmißbrauch eine Nebenursache der Krankheit war. 1664 = 66,74 % waren mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen, davon 15,26 % mehrfach. Wie *Legrain* und *Benon* (36) des näheren über diese kriminellen Alkoholiker ausführen, sind über die Hälfte der strafbaren Handlungen solche gegen die Person, fast 16 % gegen die eigene Person; ein großer Teil der Vagabunden und „Hospitalparasiten" besteht aus Alkoholikern. Falsche Selbstbeschuldigungen kommen nicht selten vor. Eine häufige Ursache gewalttätiger Handlungen sind Angstvorstellungen.

Aus der Arbeit *Motts* (44) ist hervorzuheben, daß in London die Fälle von eigentlichen Alkoholpsychosen, wie Delirium tremens, Alkoholmanie, *Korsakow*sche Psychose, nicht viel weniger in die Krankenhäuser, als in die Irrenanstalten aufgenommen werden, und daß in den ersteren die Todesfälle an Leberzirrhose häufiger sind als in der letzteren.

Laquer (35) bespricht den Alkoholismus im Orient. Die zunehmende Zivilisation und die Steigerung von Handel und Wohlstand bringt für Ägypten zunehmenden Alkoholismus. Nach Mitteilung eines Missionars macht der Christ gewordene

Muhammedaner zuerst und vor allem von der Berechtigung, Alkoholika zu genießen, reichlichen Gebrauch. Mit dem zunehmenden Alkoholgenuß geht eine Erhöhung der ägyptischen Verbrecherziffer einher.

Hoisholt (23) hebt in seinem Vortrag, in dem er sich im allgemeinen den Ansichten der deutschen Forscher über die Alkoholpsychosen anschließt, die verhältnismäßig große Zahl von Deliranten hervor, die in den kalifornischen Anstalten aufgenommen werden und die eigentlich in besondere Heilstätten gehörten.

Da fast jeder chronische Alkoholist, wie *Cimbal* (12) sich ausdrückt, „ein dauernd schädliches, malignes Geschwür am sozialen Körper" bildet und, auch wenn er nicht straffällig wird, Elend über seine wehrlose Familie bringt, haben wir die Aufgabe, die Umgebung zu schützen. Das einzige Mittel ist die Verwahrung, eine Dauerinternierung der endgültig antisozial gewordenen Alkoholisten. Die therapeutischen wie sozialen Maßnahmen und die Anstaltseinrichtungen unserer heutigen Irrenpflege sind im allgemeinen zur Trinkerversorgung nicht geeignet. Wir brauchen einen neuen Anstaltstypus. Wo die Entmündigung eines Alkoholisten nötig wäre, ist sie zwecklos, da die Anstalten fehlen, in denen er festgehalten werden kann. Zu empfehlen wäre auch die Ausdehnung des Ehescheidungsparagraphen auf chronische Alkoholisten, womöglich mit dem Zusatz, daß dem schuldigen Manne die Wiederverheiratung verboten wäre.

Auch *Waldschmidt* (53) ist der Ansicht, daß die Alkoholisten nicht in Irrenanstalten gehören. Er fordert ein Gesetz, daß sie auf Grund eines ärztlichen Attestes ohne vorherige Entmündigung zwangsweise einer Spezialanstalt überwiesen werden könnten. Man sollte diese Spezialanstalten, deren Errichtung eigentlich Sache der Provinzen bezw. in den anderen Bundesstaaten des Staates ist, so bauen, daß sie offene und geschlossene Häuser zugleich haben, um sowohl einen freiwilligen Eintritt als auch eine zwangsweise Unterbringung zu ermöglichen, wie in der Anstalt Waldfrieden bei Fürstenwalde. Die Anstaltsbehandlung hat durchschnittlich mindestens 6 Monate zu dauern, dabei ist vollständige Abstinenz notwendig. Nach der Entlassung bedarf der Kranke der Nachbehandlung, wobei man sich der Abstinenzorganisationen bedienen muß. In letzter Zeit hat man ähnlich wie für Lungenkranke und Säuglingspflege auch Auskunfts- und Fürsorgestellen für Alkoholkranke in einigen größeren Städten eingerichtet, auf deren Bedeutung *Waldschmidt* (52) auch in einem besondern Aufsatz hinweist und für die er ärztliche Leitung verlangt. *Moeli* (42) spricht ebenfalls den „Hilfsstellen" für Alkoholkranke das Wort und betont die Wichtigkeit der Fürsorge nach der Anstaltsbehandlung, alkoholfreien Verkehrs und der Beschaffung von geeigneter Arbeitsgelegenheit.

Die Einführung des in Schweden, Norwegen und anderen Staaten verbreiteten Gothenburger Systems hält *Laquer* (34) in unserem Großstadtland nicht für möglich, wohl aber die Einführung des Branntweinmonopols.

Zu der jetzt von den meisten Autoren bejahten Frage des Abstinenzdeliriums bringt *Hosch* (24) einen Beitrag. Ein 35 jähriger Potator (1 l Wein täglich, früher auch viel Schnaps), der wegen Tuberkulose mittleren Grades vorübergehend dem Spital überwiesen wird, bekommt am 2. Tage einen epileptischen Anfall, dem am nächsten [illegible] Delirium folgt. Wenn auch dem Al-

kohol keine Bedeutung im Sinne eines Heilmittels bei Delirium zuzuschreiben ist, so ist man doch zur prophylaktischen Alkoholzufuhr im Sinne einer allmählichen Entziehung zum mindesten berechtigt. Auch *Miyake* (41) führt 5 zweifellose Fälle von Delirium an, bei denen außer der Alkoholentziehung keine anderweitigen Ursachen vorhanden waren. Das Delirium brach 2 oder 3 Tage nach der Abstinenz aus und ging nach 3 bis 6 Tagen in Genesung über.

Das schon von *Bonhöffer* angegebene Vorkommen von akuten und chronischen Veränderungen nebeneinander im Gehirn von an Delirium Gestorbenen konnte *Kürbitz* (32) bei 9 Sektionen bestätigen. Die chronischen, auf den länger oder kürzer bestehenden Alkoholismus zurückzuführenden sind: Veränderungen der großen Pyramidenzellen der Rinde, Zerfall der *Nißl*-Körper, Schwinden des Zellchromatins, Schrumpfung des Kerns, dunkle Tinktion, ferner Gliawucherung, Degeneration der Radiärfasern des Großhirns, vielleicht, wenn nicht als Rest früherer akuter Schädigung aufzufassen, Pigmentanhäufung als Folge von Blutungen. Plasmazellen- und Lymphocytenanhäufungen konnten niemals nachgewiesen werden, was für die Differentialdiagnose gegenüber der Dementia paralytica wichtig ist.

Die akuten Veränderungen: Abrundung der wie gequollen aussehenden Pyramidenzellen mit zentraler Aufhellung der *Nißl*-Körper, der Markscheidenzerfall, der außer im Großhirn auch im Kleinhirn und zwar speziell im Wurm auftritt, werden auch bei anderen Autointoxikationspsychosen gefunden, sind also nicht für Delirium tremens charakteristisch.

Kauffmann (28 u. 29) beschäftigt sich mit Stoffwechseluntersuchungen bei Alkoholdelir. Das in manchen Fällen während des Alkoholdelirs beobachtete Auftreten von Glykuronsäure und Traubenzucker im Urin scheint sich am naheliegendsten durch Einwirkung des Alkohols auf die Medulla oblongata zu erklären. Ein auffälliges Symptom bei Delirium ist der starke Stickstoffverlust, der wohl darauf zurückzuführen ist, daß die Bewegungsunruhe der Deliranten, weil sie im Gegensatz zu der motorischen Unruhe bei anderen Psychosen mehr durch psychische Vorstellungen bedingt ist, mit größerem Kraftverbrauch einhergeht. Vermehrt sind während des Deliriums Indican, Oxalsäure und Xanthinbasen. Mit dem Abklingen des Deliriums verschwinden die reduzierenden Substanzen. Man kann leichte Fälle von Delirium kupieren, wenn man die Kranken sich bewegen, womöglich arbeiten läßt, Stilliegen bringt eine Änderung des Stoffwechsels, eine Verringerung der Oxydationsvorgänge hervor, die bei einem disponierten Gehirn nicht ohne Belang ist.

Ganser (17) gibt ausnahmslos jedem Alkoholdeliranten von der ersten Stunde des Anstaltsaufenthaltes an zwei bis drei Tage lang ein Digitalis-Infus (1,5 Digit. pro die) und, wenn sich dann noch Anzeichen von Herzschwäche einstellen, 1 g Kampheröl subkutan, zuerst viertelstündlich, später stündlich oder zweistündlich. In ganz seltenen Fällen hat er diese Behandlung verstärkt durch Darreichung von eisgekühltem Sekt, etwa alle halbe Stunden ein Eßlöffel. Sonst hält *Ganser* die sofortige Entziehung von Alkohol für geboten. Chloralhydrat ist wegen der bei Deliranten immer vorhandenen Herzschwäche gefährlich. Infolge dieser seit

8 Jahren geübten Behandlung ist die Mortalität in der Dresdener Anstalt auf 0,88 % (unter 565 Deliranten 5 Todesfälle) heruntergegangen, während sie in den 8 vorhergehenden Jahren 31 bei 486 Kranken, also 6,37 % betrug.

Nach der Zusammenstellung von *Eichelberg* (14) wurden im Eppendorfer Krankenhause in den letzten 11 Jahren 1043 unkomplizierte und 531 mit Komplikationen (außer Pneumonie) verbundene Fälle von Delirium behandelt, von denen 39 = 2,4 % starben (1 % unkomplizierte und 1,4 % komplizierte). Außerdem kamen noch 173 Fälle von Pneumonie verbunden mit Delirium zur Beobachtung mit 58 = 33 % Todesfällen. Selbst wenn man diese Fälle hinzurechnet, ist die Sterblichkeitsziffer der Eppendorfer Statistik eine günstige. Bei der Behandlung wird mit sofortiger Entziehung des Alkohols begonnen, von Schlafmitteln und hydrotherapeutischen Maßnahmen wird abgesehen, dagegen zur Erhaltung und Stärkung der Herztätigkeit, wenn nötig, zur Darreichung von Exzitantien, Digitalis, Strophantus, Kampher, Kaffee gegriffen und als Getränk reichlich ein Gemisch von Extr. onycocci 50,0, Syrup. simpl. 200,0, Aq. commun. 5000 gereicht. Beim Abklingen des Deliriums wird abends Chloroformamid 2—4 g gegeben, um den sich naturgemäß einstellenden Schlaf schneller und anhaltender herbeizuführen. Bei den Pneumonien wird sofort Digitalis und Alkohol verordnet.

Bei unkompliziertem Delirium tremens gibt *Aufrecht* (1 a) abends 4 g Chloralhydrat; meist beginnt schon am dritten Tage die Rekonvaleszenz, und dann ist selten mehr eine kleine Dosis Chloralhydrat nötig. Bei Fällen, wo das Delirium zu Pneumonie, Erysipel, Lymphangitis oder Knochenbruch hinzutritt, ist die Wirkung des Chloralhydrats noch günstiger, weil die Behandlung schon in den ersten Anfängen der Krankheit einsetzen kann; es genügen 3 g abends. In solchen komplizierten Fällen ist besonders bei den dem Arbeiterstande angehörigen Kranken, die im Zustande der Unterernährung sich befinden, roborierende Behandlung erforderlich, *Aufrecht* gibt dann täglich 200 g Ungarwein oder zweistündlich einen Eßlöffel einer Mixtura roborans (60 g Alkohol, 10 g Syrup, je 1 g Tinct. amar. und aromatic., 2 dg Aq. amygd. amar. und Aq. destill. bis zum Gesamtgewicht von 200 g). Bei reinem Delirium wird kein Alkohol verabfolgt, von den Kranken auch nicht entbehrt. Hochgradige, durch Gesichtshalluzinationen bedingte Erregung macht Isolierung im Einzelzimmer notwendig.

Pentz (46) schildert die Todesfälle an akuter Alkoholvergiftung, die einfachen und die komplizierten Rauschzustände hauptsächlich vom Standpunkte des Gerichtsarztes.

Bei degenerierten Personen beobachtete *Cholzen* (11) unter Alkoholgenuß Psychosen von mehrtägiger Dauer, deren Symptomenbild nicht so charakteristisch ist, daß es bestimmt der Epilepsie oder Hysterie zugerechnet werden kann, die dagegen in ihrer Entstehungsweise und ihrer Symptomatologie sich den pathologischen Rauschzuständen anschließen und gewissermaßen protrahierte Formen von Rauschzuständen darstellen. Der Name „transitorisch[illegible]osen" ist für sie wohl der bezeichnendste.

Wie *Clérambault* (13) durch Beispiele zeigt, beobach[illegible]
Trinkern im Zustande des Heruntergekommenseins un[illegible]

Rausche die plötzlich auftretende und mit dem Rausche wieder verschwindende Idee, eine Person von hohem Range zu sein. Dabei besteht hypomanische Stimmung. Die Erinnerung an die Vorgänge ist nicht geschwunden. Bemerkenswert ist die Wiederholung solcher Zustände in stereotyper Form.

Wwedenski (55). Ein 32 jähriger Mann, der jahrelang sehr starken Alkoholmißbrauch getrieben hatte, zeigte seit 3—4 Jahren typisch dipsomanische Zustände. Diesen Zuständen ging eine kurze Periode gehobenen Selbstgefühls und hypomanischer Stimmung voraus. Keine Depression, keine Reizbarkeit, keine Neigung zu Gewalttätigkeiten. Einmal war ein Ohnmachtsanfall und zweimal waren Krampfanfälle epileptiformer Natur aufgetreten. Trotzdem diese letzten Tatsachen auf die Wahrscheinlichkeit einer epileptogenen Entstehung der dipsomanischen Anfälle hindeutete, will *W.* sie auf andere Weise deuten. Er nimmt an, die Trunksucht sei hier nur ein Symptom der periodisch auftretenden manischen Verstimmungen. (*Voss.*)

Zu der strittigen Frage der chronischen Alkoholpsychosen führt *Chotzen* (10) einen Fall an, wo bei zweifellos alkoholistischer Ätiologie eine akute Halluzinosis ausbricht, die chronisch wird und in ein Ausgangsstadium mit angedeuteter Systematisierung der Verfolgungs- und Größenideen unter Fortbestehen der zahlreichen Halluzinationen übergeht. Er möchte für solche Fälle den Namen „chronische Alkoholhalluzinosis“ vorschlagen, der dem Krankheitsbilde besser entspricht als die Bezeichnung *Kraepelins* „halluzinatorischer Schwachsinn der Trinker“.

Juquelier (27) schildert die Alkoholdemenz, als deren Kandidaten er alle die Gewohnheitstrinker ansieht, die Zustände von Delirium, Verwirrtheit mit oder ohne Halluzinationen, epileptische Anfälle oder Verfolgungs-, speziell Eifersuchtswahn durchgemacht haben. Bei der Differentialdiagnose gegenüber der Paralyse ist zu beachten, daß im Beginne der letzteren ein richtiges Alkoholdelir auftreten kann, was sich durch die geringe Widerstandsfähigkeit angehender Paralytiker gegenüber dem Alkohol erklärt. Die Alkoholdementen gehören in Anstalten.

Tomasini (51) fand bei der Obduktion eines in einem Erregungszustande gestorbenen 50 jährigen imbezillen Alkoholisten ein durch seine Größe (300 g) bemerkenswertes Hämatom unter der Dura.

b) Korsakowsche Psychose.

Die Fragen der Ätiologie und Symptomatologie der *Korsakow*schen Psychose begegnen nach wie vor einem regen Interesse der Autoren.

Marie Bergmann-Kasperowicz (5) berichtet aus der Anstalt Bel-Air, Kanton Genf, daß in den Jahren 1901—05 unter den 246 aufgenommenen Alkoholikern (209 M., 37 Fr.) 11 Fälle von *Korsakow*scher Psychose beobachtet wurden, 7 = 3 % Männer und 4 = 10 % Frauen. Die Untersuchungen, die von der Verfasserin an zwei Kranken bezüglich des Gedächtnisses angestellt wurden, sprechen dafür, daß die amnestischen Störungen nicht allein durch eine Störung der Merkfähigkeit charakterisiert sind, sondern auch und vielleicht hauptsächlich durch Störungen der Wiedergabe und des Wiedererkennens von Gehörtem und Gesehenem.

Tidemann (50) bespricht in seiner Dissertation das Krankheitsbild der *Korsakow*schen Psychose und beschreibt einen selbstbeobachteten Fall bei einem Alkoholiker. *Thielepape* (49) führt 3 Beobachtungen als Beweis gegen die Annahme an, daß der *Korsakow*sche Symptomenkomplex immer eine Alkoholpsychose ist. In dem einen Falle löste eine Commotio cerebri bei einem Alkoholisten den Symptomenkomplex aus, in dem zweiten stellte dieser im Anfange einer, durch die Obduktion sicher nachgewiesenen Paralyse das einzigste Krankheitssymptom dar, und im dritten Falle war er die Folgeerscheinung einer Hirnlues. Polyneuritische Symptome waren in keinem der Fälle beobachtet worden. *Meeus* (39) spricht sich unter Hinweis auf zwei Beobachtungen bei Greisen für die wesentliche Übereinstimmung des *Korsakow*schen Symptomenkomplexes im Alter und der *Wernicke*schen Presbyophrenie aus.

Wie *Serbsky* (48) betont, stellt das *Korsakow*sche Syndrom nicht nur eine Amnesie dar, sondern eine Amnesie in Kombination mit Neuritis, die manchmal allerdings nicht gleich in die Augen springt, und mit dem Erhaltensein des Hauptinhaltes der Persönlichkeit mit ihren früheren Sympathien und Antipathien, ihren Neigungen und ihrem Urteil. Das Fehlen jeder von diesen drei Erscheinungen schließt die Diagnose „polyneuritische Psychose" aus. Analoge Gedächtnisstörungen findet man allerdings auch bei Paralyse, Dementia senilis, Arteriosclerosis cerebralis und verschiedenen Herderkrankungen des Gehirns, aber die nähere Betrachtung der psychischen und physischen Symptome ergibt den Unterschied von der *Korsakow*schen Psychose. Die Ätiologie der Krankheit als einer Intoxikationspsychose wird von *Serbsky* eingehend erörtert; neben 2 Fällen nach Septikämie in der Bauchhöhle erwähnt er noch eine sonst noch nicht gemachte Beobachtung von Erkrankung nach Erysipel. In den Fällen, die sich langsam entwickeln, beschränkt sich die Amnesie auf die Zeit vom Anfang der Erkrankung an; eine auch auf die Begebenheiten vor der Erkrankung übergreifende, also retrograde Amnesie wird, wie es scheint, nur dann beobachtet, wenn das Anfangsstadium der Krankheit von starker Verwirrtheit und massenhaften, phantastischen Pseudoreminiszenzen begleitet war, die eine tiefere Störung der Gehirnrinde vermuten lassen.

Bei Untersuchungen über die Leistungsfähigkeit des Gedächtnisses bei zwei *Korsakow*-Kranken fand *Gregor* (21), daß eine Nachwirkung einmal geschaffener Dispositionen zur Reproduktion nachgewiesen werden konnte. Durch öfteres Wiederholen und aufmerksames Verfolgen von Eindrücken ist eine Neuerwerbung von Assoziationen möglich, und somit läßt sich von einer Übungstherapie bei *Korsakow*-Kranken Erfolg erwarten.

Bei einem 43 jährigen Alkoholiker, der die ausgesprochenen Zeichen *Korsakow*scher Psychose aufwies und in einem Zustande heftigster Erregung zugrunde ging, fand *Bonfigli* (7) im Gehirn akute Degeneration der Rindenpyramidenzellen und eine vorgeschrittene interstitielle und parenchymatöse Neuritis der peripherischen Nerven.

Serbski und *Petroff* (48 a b). 42 jährig[illegible] Erysipel erkrankte auf der Höhe der Infektion psychis[illegible]*kow*. Trotzdem



in der Anamnese recht gravierender Alkoholmißbrauch vorliegt, sind die Verfasser doch mehr geneigt, in der Infektion die Quelle der Polyneuritis und Psychose zu sehen. (*Voss.*)

Aleksandroff (1). In Anschluß an schwere Hyperemesis Auftreten einer Psychose mit polyneuritischen Erscheinungen. Besserung. Im fünften Monat Abort, danach Wiederaufflackern der psychischen Störungen. Ausgang in Heilung. Die Hyperemesis und Polyneuritis werden auf Autointoxikation durch Herabsetzung der inneren Sekretion im Ovarium während der Schwangerschaft zurückgeführt. (*Voss.*)

c) Morphium.

Mondio (43) beschreibt ausführlich die Entziehungskur bei einem 40 jährigen Apotheker, der infolge eines Blasenleidens seit 12 Jahren Morphinist war und später noch dazu Kokainist (1½ g Morphium und ½ g Kokain täglich) wurde und bereits drei mißlungene Entziehungskuren durchgemacht hatte. Er war körperlich und geistig sehr herunter, unruhig und von Zwangsvorstellungen, zuweilen auch von Beeinträchtigungsideen geplagt. Das Morphium wurde in den ersten 12 Tagen auf 30 cg, bis zum 27. Tage auf 10 cg vermindert und dann bei gleichzeitiger Darreichung von Mate-Jnfus durch 70 cg Extract. opii aquos. ersetzt, das nun seinerseits bis zum 39. Tage auf 15 cg herabgemindert und nach weiteren fünf Tagen ganz weggelassen wurde. Die Heilung hatte Bestand.

In dem Falle *Belletruds* (3) trat bei einem 61 jährigen Morphinisten, der sich seit 4½ Jahren Einspritzungen, schließlich bis zu 70 (140 cg Morphium) am Tage gemacht hatte, 6 Tage nach der Beendigung einer langsamen Entziehungskur eine rein motorische Aphasie auf, die etwa eine Woche anhielt und für die keine sonstige Ursache, wie etwa Hysterie oder ein Erweichungsherd, vorlag, so daß man sie wohl nur mit der Morphiumentziehung in Zusammenhang bringen kann.

d) Andere Gifte.

Marie (37) bringt sechs Bilder von an Haschisch-Psychosen erkrankten Muhammedanern. Trotz offizieller Verbote ist Haschisch als Genußmittel in Ägypten noch sehr verbreitet. In den Jahren 1896—1901 konnte bei 689 von den 2564 in die Irrenanstalt in Kairo aufgenommenen Männern Haschischmißbrauch nachgewiesen werden, d. i. in 27 %. Daß die Geisteskrankheiten in Ägypten bei Männern dreimal so häufig sind als bei Frauen, führt man auf den geringen Genuß des Giftes bei letzteren zurück. Die Wirkungen des Haschisch sind denen des Alkohols ähnlich. In den Rauschzuständen kommen vielfach Ideen von übernatürlicher, prophetischer Begabung zum Ausdruck, in den Delirien zeigt sich eine sexuelle Färbung. Taumelnder Gang und Zittern sind seltener, als beim Delirium tremens. Haschischdegenerierte gibt es ebenso wie bei uns Alkohol-Degenerierte mit ihren unsozialen und verbrecherischen Neigungen. Selbstmord kommt nicht oft vor, wie überhaupt bei den geisteskranken Arabern suizidale Neigungen selten beobachtet werden. Im allgemeinen richtet der Haschichmißbrauch nicht so große Verheerungen an, als der Alkoholismus, bringt auch nicht so schwere körperliche organische Verände-

rungen hervor. So wird wahrscheinlich die ägyptische Regierung den Haschischgebrauch in gewissen Grenzen weiter dulden, da sonst die Gefahr vorliegt, daß der Ersatz durch Alkohol, der in dem heißen Klima und auf die orientalischen Rassen besonders deletär wirkt, die Zustände nur verschlimmern würde.

Den seltenen Fall eines habituellen Chloroformmißbrauchs hat *Friedländer* (16) beobachtet. Eine im 61. Lebensjahre an Apoplexie gestorbene Frau hatte seit 14 Jahren als Schlafmittel jeden Abend 20 Tropfen einer Mischung von gleichen Teilen Chloroform und Äther eingeatmet. Sie litt seit 12 Jahren an Conjunctivitis und an Kephalalgie hyperämischen Charakters; bereits 5 Jahre vor ihrem Tode hatte sie eine Apoplexie gehabt, die sich erheblich besserte. Psychische Krankheitserscheinungen wurden nicht beobachtet, nur trat in den letzten 8 Tagen ein Erregungszustand mit motorischer Unruhe auf, der zweifellos auf den Fortfall des gewohnten Hypnotikums zurückzuführen war. Die arteriosklerotische Erkrankung der Hirngefäße wird man mit dem Chloroformmißbrauch in kausalen Zusammenhang bringen können.

Forli (15) sah bei einer 40 jährigen Frau im Anschluß an Malaria nervöse Störungen, die an multiple Sklerose erinnernd sich in oszillierenden Bewegungen des Kopfes, Nystagmus, skandierender Sprache, Zittern und Inkoordination der Bewegungen, Gehstörungen, Muskelschwäche und Steigerung der Patellarreflexe äußerten und in einigen Monaten besserten. Auffallend war, daß vor 25 Jahren bei der Kranken eine ähnliche Störung nach Malaria aufgetreten war.

Bei seinem Studium der Ätiologie der Pellagra-Krankheit hat *Ceni* (8) von infiziertem Mais und Weizen einen Pilz kultiviert, der in verschiedenen Jahreszeiten bald die morphologischen Eigenschaften der Gattung Sterigmatocystis, bald die der Gattung Aspergillus zeigte und dessen Giftwirkung, an Stärke während der Beobachtungszeit wechselnd, bei Tieren sich als eine deprimierende und lähmende ohne psychomotorische Erregungserscheinungen darstellte. Ferner (9) fand er, daß die Wirkung des Pellagragiftes Penicillium glaucum verschieden ist sowohl bei verschiedenen Nährböden als auch zu verschiedenen Jahreszeiten. *Besta* (6) schließt aus seinen Versuchen, daß das Serum von Pellagrageisteskranken keine für die Krankheit spezifische Wirkungen hat, sich vielmehr wie normales Serum verhält, und daß auch das Serum von Tieren, die mit Aspergillus- oder Penicilliumgift behandelt sind, kein anderes Verhalten zeigt.

In einer ausführlichen Abhandlung bearbeitet *Gregor* (20) die Geistesstörungen Pellagröser an der Hand von 72 Fällen. Bezüglich der Symptomatologie teilt er diese in 7 Gruppen: pellagröse Neurasthenie, tiefe Depressionszustände mit deutlich ausgesprochenem, zu Remissionen neigendem Stupor (Dementia acuta pellagrosa), Fälle von Verwirrtheitszuständen mit meist schreckhaften Halluzinationen oder von mussitierenden Delirien, die sich von den Delirien bei Typhus, Sepsis usw. nicht unterscheiden (Amentia pellagrosa), rasch zum Tode führende Fälle von Verwirrtheit mit Halluzinationen und motorischer Erregung (Delirium acutum pellagrosum), katatonische Formen, Angstpsychos[illegible]cholie ähnlich den klimakterischen Psychosen und schließlich n[illegible]resein. Die Pellagra ruft in der Regel keine echte Melan[illegible]ionen und

Stuporphasen konnten bei den verschiedenen Formen vielfach festgestellt werden. Das Zusammentreffen von Pellagra und Katatonie ist ein prognostisch ungünstiges Zeichen. — Von 42 nicht letalen Fällen waren 21 zum ersten Male erkrankt, davon wurden 17 geheilt und 4 dement. Bei den anderen 21, die schon früher Psychosen durchgemacht hatten, waren 7 Heilungen und 14 mal Ausgang in Demenz zu verzeichnen. Die Annahme einer pellagrösen Demenz, als deren anatomische Grundlage eine Schädigung des Gehirns durch die pellagröse Noxe anzusehen ist, erscheint berechtigt. Von spinalen Störungen bei den Pellagrapsychosen sind zu erwähnen: Steigerung der Sehnenreflexe, Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit, Fingertremor, spastischer Gang, Herabsetzung der taktilen, thermalen und besonders stark der faradokutanen Sensibilität, Parästhesien, Ataxie der Extremitäten, Romberg und im zweiten Stadium der Pellagra auftretende klonische Muskelkrämpfe. Anatomisch-pathologische Veränderungen fanden sich bei allen untersuchten Fällen, Pigmentdegeneration der Ganglienzellen, Zellen mit Mangel chromatischer Substanz, staubiger Zerfall der Tigroidschollen in der grauen Substanz des Rückenmarks, am stärksten im Lumbalmark, Degeneration der weißen Substanz vorwiegend in den hinteren Partien der Seitenstränge und in den Hintersträngen, am stärksten im Brustmark und ferner Degeneration der Ganglienzellen, Vermehrung der Gliazellen und Veränderungen an den Gefäßen in den verschiedenen Hirnwindungen.

5. Organische Psychosen. Referent: Matusch-Sachsenberg.

1. *Allen*, The connective tissue character of the septa of the spinal cord as studied by a new stain. The journal of nervous and mental disease. December 1906. (S. 208*.)
2. *Barker* and *Sladen*, On acrocyanosis chronica anaesthetica with gangrene; its relations to other diseases, especially to erythromelalgia and Raynaud's disease. The journal of nervous and mental disease. December 1907. (S. 204*).
3. *Belletrud*, Un cas de méningo-encéphalite traumatique. Journal de Médecine légale. Octobre. (S. 209*.)
4. *Biach*, Vergleichend-anatomische Untersuchungen über den Bau des Zentralkanals bei den Säugetieren. Arbeiten aus dem Neurol. Institut an der Wiener Universität. 13. Bd. (S. 213*.)
5 *Boege*, Psychosen mit Herderkrankungen. Siehe diese Zeitschrift S. 761.
6. *Bolk*, Das Cerebellum der Säugetiere. Jena G. Fischer. 1906. 337 S. Preis 15 M. (S. 213*.)
7. *Bonfigli*, Progressive chronic chorea. A clinical and anatomopathological study. The journal of mental pathology Nr. 2. (S. 218*.)

8. *Browning*, A family form of progressive muscular atrophy (myelogenic Type) beginning late in life. Neurographs. Bd. 1 Nr. 1. (S. 218*.)

9. *Burr* und *Camp*, Peripheral obliterating arteritis as a cause of triplegia following hemiplegia. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 204*.)

10. *Bychowski*, Zur Phänomenologie der cerebralen Hemiplegie. Neurol. Zentralbl.. Febr. (S. 211*.)

11. *Cerletti*, Ricerche sperimentali. Sull'origine dei plasmatociti. Rendiconti della R. accademia dei lincei. Bd. XVI. Serie 5. (S. 195*.)

12. *Cerletti*, Le recenti ricerche sull' anatomia patologica della paralysi progr. Rivista sperim. di freniatria. Vol. XXXII bis XXXIII. (S. 194*.)

13. *Cerletti*, Effets des injections de suc d'hypophyse sur l'accroissement somatique. Archives italiennes de biologie. Tome XLVII. (S. 209*.)

14. *Clark* and *Atwood*, Have the forms of general paresis altered? The journal of nervous and mental disease. (S. 200*.)

15. *Claude* et *Chartier*, Sur un cas de polynévrite apoplectiforme associée peut-être à la poliomyélite. Société de neurologie de Paris. Mars. (S. 216*).

16. *Claude* et *Lejonne*, Sur une affection méningo-encéphalique de nature mal déterminée. Revue neurologique No. 9. (S. 209*.)

17. *Claude* et *Lejonne*, Sur un syndrome spasmodique associé à certains mouvements volontaires et attribué à une irritation unilatérale du faisceau géniculé. L'Encéphale No. 9. (S. 209*.)

18. *Collins*. A definite clinical variety of cerebral arteriosclerosis The journal of nervous and mental disease. Decbr. 1906. (S. 204*.)

19. *Collins* and *Zabriskie*, Neurones in the light of our present knowledge. Alienist and neurologist. February. (S. 214*.)

20. *Cornell*, The cerebro-spinal fluid in paresis, with especial reference to its cytology, American journal of insanity. Vol. LXIV. Nr. 1. July. (S. 196*.)

21. *Cortesi*, Contributo allo studio della via del linguaggio. Riforma medica No. 29. (S. 205*.)



22. *Cramer*, Die Behandlung der arteriosklerotischen Atrophie des Großhirns. Deutsche mediz. Wochenschr. Nr. 47. (S. 204*.)
23. *Delbrück*, Die Beziehungen zwischen Alkohol und Paralyse. Mediz. Blätter Nr. 40. (S. 198*.)
24. *Dercum*, A case of aphasia, both „motor" and „sensory", with integrity of the left third frontal convolution: Lesion in the lenticular zone and inferior longitudinal fasciculus. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 205*.)
25. *d'Hollander*, Apraxie-cérébro-pathologie. Troisième congrès belge de neurologie et de psychiatrie. (S. 207*.)
26. *Dobrschansky*, Über einen Fall von progressiver Paralyse mit 14jähriger Remission. Jahrbücher für Psychiatrie u. Neurologie. 28. Bd. (S. 201*).
27. *Dromard* et *Delmas*, Sur un cas d'Oedème à évolution d'apparence spontanée. Archives de neurologie, Juillet. (S. 201*.)
28. *Eastman*, Cephalic tetanus in America. Neurographs Bd. I. Nr. 1. (S. 218*.)
29. *Eisath*, Zur Klinik der arteriosklerotischen Hirnerkrankungen, Jahrb. f. Psychiatrie. Bd. 28. H. 2 u. 3. (S. 204*.)
30. *Esposito*. Citofagia e citolisi nel tessuto nervoso. Archivio di psichiatria No. 2. (S. 217*.)
31. *Finckh*, Über paralyseähnliche Krankheitsbilder. Zentralbl. f. Nervenheilk. und f. Psychiatrie, April. (S. 201*.)
32. *Fisher*, Report of two cases of dementia paralytica one associated with a large haemorrhagic lesion, the other with atrophy of the optic tract. Medical record. January. (S. 197*.)
33. *Fischer*, Miliare Nekrosen mit drusigen Wucherungen der Neurofibrillen, eine regelmäßige Veränderung der Hirnrinde bei seniler Demenz. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie Heft 4. (S. 203*.)
34. *Forli*, Su un caso di rammollimento traumatico del corpo calloso. Rivista di freniatria. Vol. XXXIII. (S. 208*.)
35. *Fornaca*, Sull' influenza dell ereditarietà morbosa. Nella paralisi progressiva. Rivista sperimentale di freniatria. Vol. XXXIII. (S. 198*.)
36. *Fornet* und *Schereschewsky*, Serodiagnose bei Lues, Tabes und

Paralyse durch spezifische Niederschläge. Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 30. (S. 196*.)

37. *Friedel*, Über Gliastiftbildung und Vorderhornatrophie im Rückenmark eines Paralytikers. Monatsschr. für Psychiatrie u. Neurologie. Ergänzungsheft. (S. 195*.)

38. *Fries*, Die Syringomyelie im Senium. Arbeiten aus dem Neurologischen Institute an der Wiener Universität. XIII. Bd. 454 S. Preis 25 M. (S. 203*.)

39. *Fry*, A study of the sensory symptoms of a case of Pott's disease of the cervical spine. The journal of nervous and mental disease. Dezbr. (S. 211*.)

40. *Fry*, Loss of comprehension of proper names. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 206*.)

41. *Giacchi*, Due casi demenza paralitia con sifilide cerebrale. Rivista sperimentale di freniatria, Jahrg. XXXIII. (S. 195*.)

42. *Gordon*, A study of reflexes of the lower extremities in sixty cases of paresis, with a special reference to the paradoxical reflex. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 202*.)

43. *Hartmann*, Beiträge zur Apraxielehre. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie. Bd. 21. (S. 207*.)

44. *Heiberg*, Die Zahl der Syphilisfälle in Kopenhagen und die Zahl der an progressiver Paralyse in Skt. Hans Hospital gestorbenen. Zentralbl. f. Nervenheilk. und Psychiatrie. Febr. (S. 198*.)

45. *Heilbronner*, Über isolierte apraktische Agraphie. Münch. mediz. Wochenschr Nr. 39. (S. 206*.)

46. *Henkel*, Untersuchungen der Cerebrospinalflüssigkeit bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Archiv f. Psychiatrie Bd. 42, H. 2, (S. 217*.)

47. *Hermann*, Über organische Kontrakturen bei progressiver Paralyse. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Febr. (S. 200*.)

48. *Hoppe*, Brain tumor symptom-complex with termination in recovery. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 210*.)

49. *Hughes*, Recurrent functional as distinguished from the typical organic dementia senilis of the literature. Alienist. u. Neurologist. (S. 20[illegible]



50. *Hughes*, A Mistaken diagnosis of dementia senilis. The Alienist and Neurologist. Novbr. (S. 203*.)

51. *Hunt*, On Herpetic inflammations of the geniculate ganglion. A new syndrome and its complications. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 208*.)

52. *Jacoby*, Peripheral facial diplegia and palatal involvement. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 210*.)

53. *Jahrmärker*, Zur Pachymeningitis interna haemorrhagica. Münch. mediz. Wochenschr. Nr. 37. (S. 217*.)

54. *Jelliffe*, Hemilingual atrophy of traumatic origin: The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 210*.)

55. *Ingbert*, Pseudo-hypertrophic muscular atrophy. The journal of nervous and mental disease. Decbr. (S. 218*.)

56. *Kleist*, Kortikale (innervatorische) Apraxie. Jahrbücher für Psychiatrie und Neurologie. 28. Bd. (S. 207*.)

57. *Kutner* u. *Kramer*, Sensibilitätsstörungen bei akuten und chronischen Bulbärerkrankungen. Archiv f. Psychiatrie Bd. 42. H. 3. (S. 212*.)

58. *Leers*, Über die Beziehungen der traumatischen Neurosen zur Arteriosklerose. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätswesen. (S. 204*.)

59. *Levi*, Saggio clinico e critico sulle amiotrofie progressive neuritico-spinali in rapporto alle malattie eredo-famigliari del sistema nervoso. Rivista critica di clinica medica. Anno VIII. (S. 218*.)

60. *Marburg*, Hypertrophie, Hyperplasie und Pseudohypertrophie des Gehirns. Arbeiten aus dem Neurol. Institut an der Wiener Universität. 13. Bd. (S. 212*.)

61. *Marchand* et *Olivier*, Syphilis et Démence. Annales des Maladies Vénériennes. (S. 198*.)

62. *Marie*, *A.*, Présentations de cerveaux avec lésion des zones lenticulaires et de Wernicke. Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hopitaux de Paris. Mars. (S. 205*.)

63. *Marie*, *A.*, Traumatisme et paralysie générale. Présentation de cerveau. Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris. Avril. (S. 199*.)

64. *Marie*, *A.*, und *Levaditi*, La Réaction des Anticorps syphilitiques dans la paralysie générale et le tabes. Bulletins et mémoires. (S. 196*.)

65. *Marie, A.*, Démences aphasiques avec concomitance de lésions des Zones. Bulletins et mémoires. (S. 205*.)

66. *Marie, A.*, Deux démences aphasiques sans lésion de la circonvolution de Broca. Bulletins et mémoires. (S. 205*.)

67. *Marie* et *Scrini*, Troubles oculaires et mentaux dans un cas de maladie de Parkinson unilatérale. Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. Mai. (S. 218*.)

68. *Meyer, E.*, Klinisch-anatomische Beiträge zur Kenntnis der progressiven Paralyse und der Lues cerebro-spinalis, mit besonderer Berücksichtigung der Rückenmarksveränderungen. Arch. f. Psychiatrie Bd. 43, H. 1. (S. 195*.)

69. *Meyer, E.*, Pathologische Anatomie der Paralyse. Med. Wochenschrift Nr. 29. (S. 195*.)

70. *Meyer, E.*, Untersuchungen des Nervensystems Syphilitischer. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 30. (S. 216*.)

71. *Meyer, Adolf*, After-care and prophylaxis and the hospital physician. The journ. of nervous and mental disease. December. (S. 215*.)

72. *Meyer, Adolf*, Traumatic lesion of the pons and tegmentum with direct and retrograde degeneration of the median fillet and pyramid, and of the homolateral olive. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 212*.)

73. *Mills* and *Spiller*, The symptomatology of lesions of the lenticular zone with some discussion of the pathology of aphasia. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 205*.)

74. *Mitchell*, Report of a case of hysterical mutism. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 215*.)

75. *Miyake*, Beiträge zur Kenntnis der Altersveränderungen der menschlichen Hirnrinde. Arbeiten aus dem Neurologischen Institut an der Wiener Universität. 13. Bd. (S. 202*.)

76. *Moreira* and *Penafiel*, A contribution to the study of dementia paralytica in Brazil. Journal of mental science. July. (S. 200*.)

77. *Moriyasu*, Das Verhalten der Fibrillen bei progressiver Paralyse. Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., 43. Bd. 1. H. (S. 195*.)

78. *Mott*, Bilateral lesion of the auditory co[illegible] [illegible]plete deafness and aphasia. British medical J[illegible] [illegible]*.)

79. *Mott*, Cerebral anaemia in relation to lesions in Psychoses of toxic origin. Archives of neurology Vol. III. (S. 216*.)

80. *Mott*, Preliminary note on the microscopic investigation of the brain in cases of dementia praecox. Archives of neurology Vol. III. (S. 216*.)

81. *Moyer*, Is sexual perversion insanity. The alienist and neurologist. Mai. (S. 215*.)

82. *Munson*, Is epilepsy a disease of metabolism? The journal of nervous and mental disease. May. (S. 215*.)

83. *Nonne* und *Apelt*, Über fraktionierte Eiweißausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, funktionell und organisch Nervenkranken und über ihre Verwertung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes dorsalis, tertiären und abgelaufenen Syphilis. Arch. f. Psychiatrie Bd. 43, H. 2. (S. 196*.)

84. *Nonne*, Primäre Seitenstrangdegeneration und Meningitis cervicodorsalis levis als anatomische Grundlage in zwei Fällen von syphilitischer Spinalparalyse. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk., 33. Bd. (S. 218*.)

85. *Oppenheim* und *Cassirer*, Die Encephalitis. 2. Aufl. Wien, Hölder, 1907. 133 S. Preis 4,60 M. (S. 208*.)

86. *Pachantoni*, Délire aigu et œdème cérébral. Revue médicale de la Suisse romande No. 9. (S. 217*.)

87. *Pappenheim*, Über paroxysmale Fieberzustände bei progressiver Paralyse mit Vermehrung der polynukleären Leukocyten im Blute und in der Zerebrospinalflüssigkeit, nebst Bemerkungen über Blut und Liquor bei Exazerbationen des paralytischen Prozesses. Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurologie H. 6. (S. 197*.)

88. *Patrick*, Ambulatory automatism. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 215*.)

89. *Pelz*, Ein Fall von genuiner Epilepsie mit darauffolgender Dementia paralytica. Neurol. Zentralbl. Januar. (S. 199*.)

90. *Petrazzani*, Neurastenie e paralisi progressiva. Rivista sperimentale di freniatria Vol. XXXIII. (S. 199*.)

91. *Pflüger*, Über den elementaren Bau des Nervensystems. Arch. f. d. gesamte Physiologie Bd. 112. (S. 214*.)

92. *Pilcz*, Zur Tuberkulintherapie bei der progressiven Paralyse. Wiener med. Wochenschr. Nr. 30. (S. 202*.)

93. *Plaut*, Über den gegenwärtigen Stand des serologischen Luesnachweises bei den syphilidogenen Erkrankungen des Zentralnervensystems. Münch. med. Wochenschr. Nr. 30. (S. 196*.)

94. *Pomeroy*, The diagnostic value of lumbar puncture in Psychiatrie. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 196*.)

95. *Reich*, Über den zelligen Aufbau der Nervenfaser auf Grund mikrohistiochemischer Untersuchungen. Journal f. Psychologie u. Neurologie Bd. 8. (S. 214*.)

96. *Ribierre*, Traumatisme et paralysie générale. Annales D'Hygiène publique. Juin. (S. 199*.)

97. *Rhein* and *Potts*, Postapopletic tremor (symmetrical Areas of softening in both lenticular nuclei and external capsules). The journal of nervous and mental disease. December. (S. 212*.)

98. *Riggs*, Symptoms simulating brain tumor due to the obliteration of the longitudinal, lateral and occipital sinuses. (A clinical case.) The journal of nervous and mental disease. December. (S. 211*.)

99. *Ris*, Progressive Paralyse und Syphilis. Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 7. (S. 195*.)

100. *Robertson* and *M'Rae*, Further bacteriological and experimental investigations into the pathology of general paralysis and tabes dorsalis. Journal of mental science. July. (S. 198*.)

101. *Robertson* and *M'Rae*, Observations on the treatment of general paralysis and tabes dorsalis by vaccines and antisera. Review of neurology and psychiatry. September. (S. 202*.)

102. *Russel*, The vision fields in cases of indirect or incomplete lesions of the optic system. The journal of nervous and mental disease. December 1906. (S. 208*.)

103. *Sachs*, The relation of school work to the mental fatigue of children. The journal of nervous and mental disease. December 1906. (S. 215*.)

104. *Sailer*, Unilateral paralysis [illegible] after hemiplegia. The journal of nervous [illegible] ber. (S. 212*.)



105. *Salager*, Syphilis et confusion mentale. L'Encéphale. (S. 216.)
106. *Schlegel*, Ätiologische und klinische Untersuchungen über das Prodromalstadium der Paralyse. Inaug.-Dissertation. Jena. (S. 199*.)
107. *Schrameck* et *Parrot* et *Mignot*, Valeur diagnostique des troubles oculaires dans la paralysie générale. L'Encéphale No. 6. Juin. (S. 200*.)
108. *Schuster*, Hat die Hg-Behandlung der Syphilis Einfluß auf das Zustandekommen metasyphilitischer Nervenkrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 50. (S. 198*.)
109. *Schuster*, Fall von Hypophysistumor mit Röntgen-Photogramm. Neurol. Zentralblatt Nr. 18. (S. 209*.)
110. *Schwab*, The use of social intercourse as a therapeutic agent in the psychoneuroses, a contribution to the art of psychotherapy.The journal of nervous and mental disease. December. (S. 215*.)
111. *Séglas*, Des symptomes catatoniques au cours de la paralysie générale. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Janvier-Février. (S. 200*.)
112. *Serieux* et *Ducosté*, Etude statistique sur les formes cliniques de la paralysie générale. Le progrès médical No. 11. (S. 200*.)
113. *Shanahan*, A case of epilepsy associated with acromegaly. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 209*.)
114. *Shanahan*, Myoclonus-Epilepsy with a report of two additional cases. The journal of nervous and mental disease. December 1907. (S. 216*.)
115. *Sheppard*, A case of brain abscess, localization, operation, recovery. Neurographs. Bd. 1, Nr. 1. (S. 209*.)
116. *Siredey* et *Tinel*, Méningite tuberculeuse sans tubercules. Lésions inflammatoires diffuses des méninges avec nombreux bacilles de Koch. Bulletins et mémoires de la société médicale des hôpitaux de Paris. (Mars. S. 217*.)
117. *Sokalsky*, Microorganisme trouvé dans le sang pendant la paralyse générale progr. Zentralbl. .f Bakteriologie, Parasitenkund u. Infektionskrankh., XLIII. Bd. (S. 199*.)
118. *Soutzo (fils)* et *Marbe*, Quelques images cliniques, insolites et transitoires remarquées au cours de la paralysie général.

Apraxie, aphasie motrice transcorticale, asymbolie sensorielle, aphasie sensorielle, transcorticale, persévération et echolalie. L'Encéphale, Avril. (S. 201*.)

119. *Spielmeyer*, Schlafkrankheit und progressive Paralyse. Münch. med. Wochenschr. Nr. 22. (S. 197*.)

120. *Spielmeyer*, Atoxyl bei Paralyse. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 26. (S. 202*.)

121. *Spielmeyer*, Die Optikusdegeneration bei der Trypanosomen-(Tsetse-) Tabes der Hunde. Klin. Monatsblätter f. Augenheilkunde. Mai, Juni. (S. 217*.)

122. *Spiller*, Myopathy of the distal type and its relation to the neural form of muscular atrophy. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 218*.)

123. *Spiller*, Gliomatosis of the pia and metastasis of glioma. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 211*.)

124. *Stevens*, Korsakoff's psychosis superimposed upon melancholia. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 216*.)

125. *Stransky*, Beiträge zur Kenntnis des Vorkommens von Veränderungen in den peripheren Nerven bei der progressiven Paralyse und einzelnen anderen Psychosen. Arbeiten aus dem Neurol. Institut Wien, 14. Bd. (S. 197*.)

126. *Strohmayer*, Familiäre Tabes auf erblich-degenerativer Grundlage. Neurol. Zentralbl. Nr. 16. (S. 198*.)

127. *Thomas*, Migraine and hemianopsia. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 210*.)

128. *Tilney*, A case of myasthenia gravis pseudoparalytica with adenoma of the pituitary body. Neurographs. Bd. 1, Nr. 1. (S. 210*.)

129. *Tucker*, Two cases of disolcation of the eye-ball through the palpebral fissure. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 213*.)

130. *Vigouroux* et *Delmas*, Fréquence et pathogénie des ictus terminaux dans la paralysie générale. Revue de psychiatrie. Juillet. (S. 201*.)

131. *Volz*, Das Foramen „interventriculare“ (Monroi). Entwicklungsgeschichtlich-anatomische [illegible] [illegible]gen, Laupp. 19 S. (S. 213*.)

132. *Walton*, The classification of psycho-neurotics and the obsessional element in their symptoms. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 215*.)

133. *Weber*, De quelques altérations du tissu cérébral dues a la présence de tumeurs. Nouvelle iconographie de la Salpêtrière No. 4. (S. 211*.)

134. *Weil* und *Braun*, Über Antikörperbefunde bei Lues, Tabes und Paralyse. Berliner klin. Wochenschr. Nr. 49. (S. 196*.)

135. *Weisenburg*, Sensory and motor disturbances in parts abowe the distribution involved in definite organic lesions of the spinal cord. The journal of nervous and mental disease. December. (S. 212*.)

136. *Westphal*, Weiterer Beitrag zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica. Med. Klinik H. 4 u. 5. (S. 202*.)

137. *Westphal*, Demonstrationen eines Patienten mit Akromegalie bzw. eines Tumors des Kleinhirnbrückenwinkels. Sitzungsberichte der Niederrhein. Gesellschaften f. Natur- und Heilkunde zu Bonn. (S. 209*.)

138. *Weygandt*, Beitrag zur Aphasielehre (mit Krankenvorstellung). Klin.-therap. Wochenschr. Nr. 29. (S. 206*.)

139. *Wimmer*, Über traumatische Spätapoplexie. Med. Klinik Nr. 8. (S. 212*.)

140. *Wollburg*, Über Dementia paralytica im jugendlichen Lebensalter. Inaug.-Dissertation Kiel. (S. 200*.)

141. *Zabriskie*, Some remarks on the facial nucleus. Neurographs. Bd. 1. Nr. 1. (S. 214*.)

142. *Zahn*, Akute Hautablösungen bei progressiver Paralyse. Siehe diese Zeitschr. S. 551.

143. *Ziemann*, Über das Fehlen bzw. die Seltenheit von progressiver Paralyse und Tabes dorsalis bei unkultivierten, farbigen Rassen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 52. (S. 198*.)

a) Dementia paralytica.

Arbeiten größeren Umfanges aus dem Jahre 1907 über Dementia paralytica liegen nicht vor, aber eine Anzahl wertvoller Einzeluntersuchungen, meist in der von *Nissl* und *Alzheimer* gegebenen Richtung. *Cerletti* (12) stellt die anatomischen Untersuchungen der letzten Jahre kritisch zusammen und schließt seinen Bericht mit den Worten: wir werden gedrängt mit *Nissl* zu sagen, „in diesem Falle schließt

das Fehlen von Plasmazelleninfiltrat in der Rinde die Diagnose auf Dementia paralytica aus, statt mit *Giamelli* einen Fall, wo sie fehlten, als eine Paralyse mit eigenartigem Befund zu bezeichnen.

Meyer (69) ist in einem Vortrage über die pathologische Anatomie der Dementia paralytica der Ansicht, daß die adventitielle Infiltration der Rindengefäße mit Plasmazellen und Lymphocyten uns in den Stand setze, die Diagnose auf Dementia paralytica zu stellen, auch wenn wir den Fall im Leben nicht kannten.

In der zweiten Arbeit (68) führt *Meyer* an der Hand einiger interessanter Fälle die Verwertung des Befundes für die Diagnose weiter aus, der zweite Fall verlief unter dem Bilde einer gallopierenden Paralyse, erwies sich aber anatomisch als zerebrale Lues. Im ersten Falle hatte sich das deutliche Bild der Dementia paralytica erst nach 29 jährigem Bestehen von zerebralluetischen Erscheinungen entwickelt, und im dritten Falle klärte der Befund die Frage, ob Alkoholismus, Paralyse oder Lues, zugunsten der letzten. *M.* wendet sich dann dem Befunde am paralytischen Rückenmark zu, der Veränderungen der gleichen Art wie in der Rinde und ihrer Pia, wenn auch quantitativ erheblich geringer, aufweist und die Kette der Beweise vervollständigt, daß das ganze Nervensystem bei Paralyse Sitz eines und desselben chronischen Entzündungsprozesses sei.

Mit der Unabhängigkeit des paralytischen Hirnbefundes vom syphilitischen beschäftigt sich auch die Arbeit von *Giacchi* (41).

Ris (99) vertritt dagegen die Anschauung, daß Paralyse lediglich eine Äußerungsform der Hirnsyphilis sei.

Während *Meyer* (68) der Ansicht *Nissl* und *Schriddes* beitritt, daß die Plasmazellen aus Lymphocyten hervorgehen, sieht *Cerletti* (11) aus seinen Untersuchungen den Beweis, daß die Plasmazellen, da sie gleichzeitig vermehrt im kreisenden Blute und in den blutbildenden Organen auftreten, rein hämatogenen Ursprungs sind.

Das Verhalten der Fibrillen bei Dementia paralytica untersuchte *Moriyasu* (77) an 30 Fällen mit folgendem Ergebnis: Die Zellerkrankung pflegt konstanter und ausgeprägter zu sein als der Faserausfall, die Zerstörung der Neurofibrillen beginnt im Zelleib, besonders der perinukleären Zone, die zarten Fortsätze gehen zuerst zugrunde, später erst die Spitzenfortsätze, auch die extrazellulären Fibrillen sind gelichtet, können aber noch ziemlich gut erhalten sein, wo der Markscheidenschwund bei *Weigert*-Färbung schon stark erscheint. Der Faserschwund kommt in allen Rindenteilen diffus vor, ist aber in der Regel im Hinterhauptlappen am schwächsten. Im Kleinhirn nehmen die *Purkinje*schen Zellen an Zahl stark ab und haben auf Fibrillenbildern ihre Fortsätze verloren, die Fibrillen der Körnerschicht sind besonders in den äußeren Abschnitten vermindert. Im Rückenmark können die Fibrillen der grauen Substanz gut erhalten bleiben, man sieht sie bei sekundären Strangdegenerationen gelegentlich stärker betroffen als die Markscheiden.

Einen Fall von Gliastiftbildung bei einem Paralytiker beschreibt *Friedel* (37). Der Ausgang der hauptsächlich im 3. bis 6. Dorsalsegment gelegenen Gliawucherung ließ sich nicht feststellen, doch [illegible] Ausläufer nach oben und unten zu der gliösen Randschicht, [illegible] der *Lissauer*schen Zone, in

Beziehung. Veränderungen im rechten Vorderhorn vom Lumbalmark abwärts scheinen von der Neubildung unabhängig zu sein und einer alten Poliomyelitis ant. anzugehören.

Die Frage der Serodiagnose der Paralyse und Syphilis behandeln *Fornet* und *Schereschewsky* (36), *Plaut* (93), *Marie* und *Levaditi* (64) und *Weil* und *Braun* (134). Auf die diffizilen Modifikationen des Verfahrens kann hier nicht eingegangen werden. Nach *F.* und *Sch.* gibt das Serum von Paralytikern und Tabikern ausschließlich mit dem Serum von Luetikern eine positive Präzipitivreaktion und umgekehrt. *Plaut* kritisiert die neuesten serologischen Arbeiten an der Hand eigener Untersuchungen, über die später Ausführliches erscheinen wird.

Nach *Marie* und *Levaditi* (64) zeigt sich die Promptheit der Reaktion abhängig von dem Stadium der Erkrankung, Tabes erscheint danach als ein geringeres Stadium als Dementia paralytica. Zwischen positiver Reaktion und Syphilis scheint es des Mittelgliedes einer hinreichend ausgebreiteten und vorgeschrittenen Erkrankung der Meningen zu bedürfen, infolge deren sich syphilitische Antikörper in der Zerebrospinalflüssigkeit ansammeln.

Weil und *Braun* sprechen der *Wassermann-Bruck*schen Reaktion bei Lues, Tabes und Paralyse in bezug auf das Antigen und dementsprechend auch in bezug auf den Antikörper jede Spezifität ab. Die mit dieser Methode nachgewiesenen Antikörper stellten Autoantikörper gegen eigene Zellstoffe dar, der Antikörpernachweis bei Tabes und Paralyse beweise weder direkt noch indirekt den Zusammenhang der Erkrankungen mit Lues, weil der Beweis fehle, daß die Antikörper im Gehirn bzw. Rückenmark gebildet werden, vielmehr mit großer Wahrscheinlichkeit aus dem Blute stammen. Der Gehalt an Autoantikörpern in den Säften dieser Erkrankungen beweise, daß es zu degenerativen Veränderungen an den Zellen und Gewebsresorption gekommen sei, und die diagnostische Bedeutung dieser Körper müßten erst weitere Untersuchungen entscheiden.

Cornell (20) erklärt die spinale Leukocytose mit Vermehrung des Albumins für eines der frühesten Zeichen der Dementia paralytica und konstatiert qualitativ wie quantitativ Beziehungen zwischen spinaler und sanguinaler Leukocytose. Mit der Behauptung, noch niemand habe auf die Lymphocytose des Blutes Paralytischer aufmerksam gemacht, befindet er sich im Irrtum.

Nonne und *Apelt* (83) haben ihre cytodiagnostischen Untersuchungen besonders in der Richtung der Feststellung des Eiweißgehalts mit verbesserter Methode erweitert und in ihrer „3 Minuten-Ammoniumsulfat-Probe" eine Untersuchungsmethode auf pathologischen Eiweißgehalt gefunden, die auch dann nicht versagt, wenn die Cytodiagnose versagt, und für die Entscheidung verwertbar ist, ob spezifische Behandlung angezeigt ist oder nicht Bezüglich der Einzelheiten der Methode, namentlich des diagnostisch wertvollsten, als Phase I bezeichneten Teils derselben und der Ergebnisse muß auf das Original verwiesen werden.

Pomeroy (94) formiert seine Schlüsse aus seinen cytologischen Untersuchungen sehr bestimmt, wenn er auch zugibt, daß dem negativen Befund als Syphilis ausschließend ein höherer Wert zukommt als dem positiven, und betont, daß das Zeichen nur unter Berücksichtigung anderer diagnostischer Merkmale zur Diagnose



verhelfen darf. Während u. a. *Nonne* und *Apelt* auch in 40% Nichtsyphilitischer Lymphocytose konstatieren, bei Tumor cer. in 65%, bei Epilepsie in 15%, hält *P.* positiven Befund bei Tumor, Epilepsie, arteriosklerotischem Irresein für einen Beweis ihrer syphilitischen Natur.

Stransky (125) vergleicht die in verschiedenen Krankheitsformen erhobenen Befunde an den Nervenstämmen, in der Regel N. medianus und N. peroneus. Untersucht wurden Dementia paralytica (29 Fälle), Dementia senilis (8), arteriosklerotische Demenz (4), Lues cerebri, senile Melancholie, senile Manie, Paranoia, Dementia praecox, Epilepsie, Alkoholismus (Deli. alcohol. und *Korsakoff*sche Psychose). Der Vergleich scheint zu ergeben, daß bei Paralyse parenchymatöse Veränderungen in den peripherischen Nerven häufiger und stärker zu finden sind als bei andern mit Marasmus und körperlichen Komplikationen einhergehenden Geistesstörungen. Dabei ist das Schwergewicht auf die an Frequenz und Ausbreitung überwiegenden leichteren Veränderungen (Zunahme der *Elsholz*schen Körperchen und diskontinuierlicher Zerfall) zu legen. Auch dieser Befund stützt die Annahme, daß die Paralyse eine Erkrankung des gesamten Organismus darstellt.

Einen alten hämorrhagischen Erweichungsherd in einem paralytischen Gehirn beschreibt *Fisher* (32). Erst im letzten Jahre der Beobachtung hatte sich langsam Parese und Kontraktur des rechten Armes entwickelt. Der Herd saß in der Coron. rad. rechts in der Größe von ca. 6 : 1 cm. Aus der klinischen Beobachtung war die Zeit der Entstehung nicht zu entnehmen. Im zweiten Fall war plötzliche Erblindung der deutlichen Paralyse vorangegangen. Es fand sich Atrophie beider Optici und Tractus und der lateralen Corp. genicul. In beiden Fällen war nach dem mikroskopischen Befunde an Dementia paralytica nicht zu zweifeln.

Pappenheim (87) weist nach, daß die paroxysmalen Fieberzustände bei Paralyse, deren Ursache bisher meist in vasomotorischen Störungen vermutet wurde, mit Vermehrung der polynukleären Zellen im Blute und im Liquor spin. einhergehen. Auch bei paralytischen Krampfanfällen und bei Rindenausfallserscheinungen, wie passagerer Sprachverlust in einem seiner Fälle, und bei Erregungzuständen findet sich häufig diese Erscheinung. Sie ist auf einen Schub des Paralysetoxins zurückzuführen, der eine beträchtliche Steigerung der Prozentzahl der polynukleären Leukocyten im Liquor bewirkt, während sie in exazerbationsfreien Zeiten der Paralyse eine geringe Rolle spielen. Im ersten der mitgeteilten Fälle traten die Paroxysmen mehrere Monate lang in vier- bis sechstägigen Intervallen auf, die Zahl der Liquorleukocyten sank in den nächsten Tagen auf ein Drittel der auf der Höhe des Anfalls gezählten.

Spielmeyer (119) erörtert die Verwandtschaft der Schlafkrankheit mit Dementia paralytica; ihr klinischer Verlauf hat abgesehen von Fieber und Somnolenz viel Ähnlichkeit mit Paralyse, auch die Lymphocytose und die Erkrankung der Meningen ist beiden gemeinsam. Ihre Gewebsbilder stimmen in mannigfachen Beziehungen miteinander überein, so in der Austapezierung der kapillaren Gefäße mit Plasmazellen, in der Neigung zu Pachymeng. haemorrh. und Ependymwucherung und dem Verhalten der Neuroglia. Als differentialdiagnostische Merkmale führt *Sp.* auf für Schlafkrankheit die allgemeine Verbreitung der Plasmazellen und ihre



Neigung, das nervöse Parenchym zu durchdringen und die regellosere Verteilung des Prozesses über den Hirnmantel, vielleicht auch das Fehlen echter Systemerkrankung im Rückenmark. Der Ähnlichkeit der Krankheitsbilder entspricht die Verwandtschaft ihrer Erreger, der Trypanosomen und der Spirochäten, eine Verwandtschaft, die durch *Schandinns* Entdeckung von Übergangsformen evident geworden ist.

Schuster (108) prüft die Frage, welchen Einfluß Hg-Behandlung der Syphilis auf das Zustandekommen metasyphilitischer Krankheiten hat, mit recht ungünstigem Ergebnis. Das klinische Durchschnittsbild der Tabes und Paralyse ist das nämliche, ob der Patient seine frische Syphilis mit Hg behandelt hat oder nicht, die metasyphilitischen nervösen Nachkrankheiten treten bei nicht spezifisch Behandelten nicht später auf als bei Behandelten, ein verhütender Einfluß der Hg-Therapie läßt sich nicht nachweisen. Die Latenzzeit der Tabes sank allerdings in seinem Material mit früherer und mit wiederholter Hg-Behandlung, die der Paralyse aber nicht. *Sch.* schließt sich der Ansicht an, daß die nervösen Nachkrankheiten nicht durch das Syphilisgift, sondern durch die Antikörper der Syphilis hervorgerufen werden.

Eine Bestätigung dieses Ergebnisses kann in einer Mitteilung *Heibergs* (44) gesehen werden, die auf die Kurvengleichheit der Syphilisfälle in Kopenhagen und der Paralytikerzahl in der Kopenhagener Irrenanstalt aufmerksam macht. Der Höhe der einen entsprach Höhe der andern nach 15—16 Jahren.

Das Rätsel, warum Paralyse bei unkultivierten Rassen trotz Verbreitung der Syphilis fehlt oder selten ist, hat verschiedene, schwerlich befriedigende Lösungen gefunden. *Delbrück* (23) stipuliert als Ursache der Paralyse Syphilis + Alkohol und empfiehlt jedem syphilitisch Infizierten Abstinenz. *Ziemann* (143): Syphilis + Kampf ums Dasein. Übrigens würde die Bemerkung *Ziemanns*, daß Paralyse auch bei Europäern in den Tropen ungewöhnlich ist, wenn sie zutreffen sollte, gegen die Richtigkeit beider Theorien sprechen. *Fornaca* (35) schuldigt die Heredität an; nach seiner Statistik ist sie in 70 % (neben der Syphilis) der wichtigste Faktor. Die Paralyse trete gern bei mehreren Gliedern einer Familie auf, und die Vererbung geschehe mehr durch die Männer als die Frauen der Familien. Die Arbeit enthält eine Anzahl von interessanten Stammbäumen.

Der von *Strohmeyer* (126) mitgeteilte Stammbaum einer Familie, in der sechs Schwestern der 3. Generation psychische und somatische Degeneration, 1 Diabetes, 2 Tabes aufwiesen, ist durch die diabetische Aszendenz bemerkenswert. Ob es sich, wie *St.* trotz fehlender Syphilis annimmt, um echte Tabes handelt, muß der weitere Verlauf lehren.

Marchand und *Olivier* (61) beschreiben auf das Kleinhirn und den Bulbus beschränkte Veränderungen von metasyphilitischem Charakter bei einem Manne, der paralytische Erscheinungen nicht gezeigt haben soll. Nach dem klinischen Befunde läßt sich das bezweifeln.

Angesichts der Fülle der Untersuchungen über die Beziehungen der Syphilis zur Paralyse wird man dem Mute Anerkennung nicht versagen, mit dem *Robertson* und *McRae* (100) neuerdings für ihre Theorie kämpfen, daß Paralyse und Tabes

durch Bazillen vom Charakter der Diphtherieerreger erzeugt werden, für die der Nasenrachenraum bezw. die Blase die Eingangspforten seien. Ihre Versuche mit Serumbehandlung seien „sehr ermutigend".

Sokalsky (117) züchtete aus dem Blute von Paralytikern (nach dem Anfall bezw. in der Unruhe) einen Mikrokokkus von Tetragenesform, der bei Meerschweinchen langsamen Marasmus erzeugte und sich in ihrer Hirnrinde in Reinkultur wiederfand. Im Blute von Katatonikern ließ er sich nicht auffinden.

Schwere Kopfverletzung mit retro- und anterograder Amnesie etwa 4 Jahre vor dem Auftreten von Paralysesymptomen bezeichnet *Marie* (63) als Ursache der Paralyse. Dafür sprach alte oberflächliche Erweichung im rechten Temporal- und Stirnlappen, allerdings fehlen mikroskopischer und serologischer Befund.

Ribierre (96) bespricht Trauma als Ursache der Paralyse von medicolegalem Gesichtspunkte. Wir stehen der Konstruierung des Zusammenhanges mit wachsendem Skeptizismus gegenüber, *R.* bessert die Lage nicht, wenn er meint, die Ursache sei erwiesen, wenn vor dem Unfalle vollkommene Gesundheit bestand, wenn die Kopfverletzung schwer genug oder doch mit Shokerscheinungen verbunden war und wenn in der Zeit zwischen Trauma und ersten Paralysesymptomen nervöse oder psychische Zufälle bestanden.

Den seltenen Fall einer Paralyse bei genuiner Epilepsie beschreibt *Pelz* (89). Epilepsie bestand seit dem 16. Jahre, Paralyse anscheinend seit dem 40. *P.* führt aus, daß es sich hier nur um Kombination zweier Psychosen handelt, nicht um Entwicklung der einen aus der anderen.

Petrazzani (90) erörtert die Beziehungen der Neurasthenie zur Dementia paralytica. Er erklärt das initiale neurasthenische Stadium der Paralyse für eine tatsächliche Form der gewöhnlichen erworbenen Neurasthenie. Paralyse sei demnach Parasyphilis + Neurasthenie (oder + einer anderen Ursache) und, da die Neurasthenie auf Intoxikation vorzugsweise gastro-intestinalen Ursprungs beruhe, eine Krankheit exogener oder endogener Herkunft. Nachlassen oder Heilung des Neurasthenie erzeugenden Prozesses bewirke die Remissionen oder Stillstand oder Heilung der Paralyse oder schaffe das Bild der abortiven und der Pseudoparalyse. Damit sei der Behandlung und der Verhütung der Paralyse der Weg gezeigt. Parasyphilitische Neurastheniker sollen sich vor spezifischen Kuren, geistigen und körperlichen Strapazen hüten und vor allem Fleisch vermeiden, das *P.* für den wichtigsten Urheber von Neurasthenie hält.

Schlegel (106) durchmustert in seiner Dissertation das Paralytikermaterial in Gr. Schweidnitz in Rücksicht auf die Frage des Prodomalstadiums und der ätiologischen Verhältnisse (75 M., 17 Fr.). Von den 65 verwertbaren Fällen der Männer fand sich allein oder vorwiegend psychische Neurasthenie in 33, zur motorischen Form gehörten 7, zur dyspeptischen 4, zur vasomotorischen 2 und zur gemischten 19. Aus der Statistik scheint hervorzugehen, daß bei Individuen mit angeborener psychopathischer Behaftung das Podromalstadium der Paralyse in einem früheren Lebensalter einsetzt, längere Dauer hat und zu schwereren und komplizierteren Formen der Neurasthenie führt als bei nicht so Behafteten. Bei den Frauen werden nur in ganz wenigen Fällen neurasthenische Zustände berichtet.

Der von *Wollburg* (140) in seiner Dissertation beschriebene Fall juveniler Paralyse zeichnete sich durch eine mehrmonatige Remission und Fehlen aller Reizsymptome aus. Die Arbeit enthält ein Verzeichnis aller (?) ausführlich beschriebenen Fälle.

Die behauptete Zunahme der dementen Form der Paralyse können *Clark* und *Atwood* (14) aus ihren Untersuchungen in 3000 Fällen der letzten 30 Jahre nicht gerade bestätigen. Solche Ermittelungen und die Einteilung in 3 Formen haben viel Fehlerquellen. *Cl.* und *A.* finden die grandiose Form in 70 %, die demente in 20 %, die depressive in 10 %, sie konnten eher ein Sinken des Prozentsatzes der dementen Form konstatieren, neigen aber doch der Zunahme zu, weil diese Form mehr als die anderen der Anstalt fern bleibe. Weil diese Form sich durch raschen Verlauf und fast regelmäßigen Abschluß durch paralytische Anfälle auszeichnet. hat die Frage praktische Bedeutung.

Sérieux und *Ducosté* (112) gruppieren 150 Fälle nach der Einteilung *Régis*: demente Form 36, manische 9, expansive 40, depressive 3, mit Verfolgungswahn 4. zirkuläre 10, hypochondrische 11, sensorielle (halluzinatorische) 37. Halluzinationen überhaupt bestanden in 58 der Fälle, von denen 7 alkoholische Antezedentien hatten, während von anderer Seite behauptet wird, daß alle halluzinierenden Paralytiker Trinker gewesen seien. Die demente Form bleibt mit 24 % der Fälle erheblich hinter der für Deutschland angenommenen Zahl zurück (*Kraepelin* 40 %).

Aus der von *Moreira* und *Penafiel* (76) aufgestellten Statistik der Paralyse in Brasilien ist hervorzuheben ihr sehr geringer Prozentsatz gegenüber der Aufnahmeziffer, er schwankte zwischen 1,6—4 % bei Einheimischen, gegen 10—30 % und mehr in europäischen Staaten. Der Prozentsatz der Fremden war in einzelnen Anstalten gleich dem der Einheimischen, in anderen ging er bis zum doppelten. Frauenparalyse verhält sich zur Männerparalyse wie etwa 1 : 18. Die Paralyse betraf zur Hälfte Illiteraten, bei den Farbigen bevorzugte sie außerordentlich die Gebildeten. Verlauf und Form haben im allgemeinen nichts Besonderes, doch scheint die Krankheitsdauer wesentlich kürzer zu sein als in Europa. Diese Statistik spricht für die Seltenheit der Paralyse in heißen Klimaten.

Séglas (111) schildert an einer Anzahl Krankheitsbilder die bei Paralyse vorkommenden katatonischen Symptome, die gelegentlich dem Katatonikerbilde so ähnlich sind, daß bei mangelnden physischen Paralysesymptomen die Diagnose schwierig wird.

Die im späten Stadium der Paralyse auftretenden Kontrakturen hat man mit der Beteiligung des Vorderhirnes an dem paralytischen Prozeß in Verbindung gebracht, obgleich das Verhalten der Reflexe schwerlich damit recht in Einklang gebracht werden kann. *Hermann* (47) erörtert die Erscheinung an einigen Krankheitsgeschichten, die in zwei Fällen auch sämtliche Gelenke der oberen Extremität betraf, und macht darauf aufmerksam, daß in allen solchen Fällen auch Rigidität der Wirbelsäule nachzuweisen ist.

Schrameck und *Parrot* (107) stellen die an 300 Paralytikern gefundenen Augenstörungen zusammen und geben ihrer Bedeutung für die Diagnose der Paralyse folgende Stufenleiter: Ungleichheit der Pupillen, Mydriasis, Myosis,

Entrundung, Abschwächung der Reaktion auf Licht und Akkommaodation, Verlust dieser Reaktion.

Durch den Tod im paralytischen Anfall endigen nach den Untersuchungen von *Vigouroux* und *Delmas* (130) etwa ein Drittel der Kranken. Eine befriedigende Erklärung des Ereignisses, die in Hyperämie, Anämie, Ödem, Meningitis u. a. gesucht worden ist, liefert die Annahme der Intoxikation, deren Quelle in dem von *V.* und *D.* verarbeiteten Material elfmal im Tractus digestivus, fünfmal in Urämie, einmal in Diabetes, zweimal in Cystitis, achtmal in Erkrankung der Respirationsorgane zu suchen war. In 12 Fällen konnte sie in meningealen Blutungen oder zirkumskripten Läsionen liegen. Acht nicht aufgeklärte Fälle seien der Unvollkommenheit klinischer Untersuchungsmethoden zuzuschreiben.

Einen Fall von spontanem Ödem bei einem vorgeschritten Paralytischen beschreiben *Dromard* und *Delmas* (27). Nachdem schon früher vorübergehend Knöchelödem und „marmorierte" Haut aller Extremitäten aufgetreten war, zeigte sich nach 14 tägigem Bestehen von Ödem des linken Knöchels plötzlich enormes Ödem des rechten Armes mit ausgedehnten Ekchymosen, Hyperhidrose und Temperatursteigerung in Achselhöhle und Ellbogenbiege auf 39 ° C bei einer Körpertemperatur von 37 ° C, ohne Beteiligung der Motilität und der Sensibilität und ohne allgemeine Gesundheitsstörung. Die Affektion, die nur durch vasomotorische Störung erklärbar scheint, bildete sich in einigen Wochen zurück.

Soutzo und *Marbe* (118) erörtern sehr eingehend unter Mitteilung von fünf Krankheitsgeschichten die nach paralytischen Anfällen auftretenden flüchtigen Erscheinungen der Apraxie, transkortikalen motorischen Aphasie, Asymbolie, transkortikalen sensorischen Aphasie und der Perseveration und Echolalie als einen Symptomenkomplex, der gelegentlich bei einem Kranken in vollem Umfang, gewöhnlich partiell vorkommt.

In *Finkhs* (31) „Beitrag zur Lehre von der stationären Paralyse und zur Hirnlues" fehlte im ersten Falle in der ersten Zeit der Psychose fast kein Symptom für die Diagnose der Paralyse, dann entwickelte sich das Bild stationärer, von der paralytischen durchaus verschiedener Demenz, die seit etwa 8 Jahren unverändert besteht. Die noch vorhandene Sprachstörung entbehrt des paralytischen Charakters. Im zweiten Falle setzte die Psychose mit dem Bilde der Paralyse ein, änderte sich nach langwieriger Eiterung zu einem zyklischen Verlauf und besserte sich dann so weit, daß die Wiederaufnahme des Berufes seit 10 Jahren möglich wurde, wenn sich auch ethische Mängel und korrigierte Gehörstäuschungen erst spät verloren zu haben scheinen. *F.* begründet seine Ansicht, daß es sich in beiden Fällen nicht um Paralyse, sondern um Hirnlues handelt, im zweiten um einen Fall syphilitischer Pseudoparalyse. Das späte Auftreten der ersten nervösen Symptome nach der Infektion (8 und 10 Jahre) widerspreche nach den Beobachtungen *Alzheimers*, *Kleins* u. a. dieser Anschauung nicht.

In dem von *Dobrschansky* (26) mitgeteilten Falle wird 14 jährige Remission auf das Zusammentreffen expansiver Form der Paralyse mit la[illegible] Eiterungsprozeß zurückgeführt. Nach Ablauf der Remission entwic[illegible]ypische Paralyse, die nach 4 Jahren zum Tode führte. *D.* schlie[illegible] von

neunjährigem Stationärbleiben einer Paralyse an, das nach systematischer Tuberkulinbehandlung eintrat.

Westphal (136) stellt sich in einem klinischen Vortrag über die Differentialdiagnose der Paralyse die Aufgabe klarzulegen, aus welchen Gründen in den demonstrierten Fällen Paralyse auszuschließen oder unwahrscheinlich ist. Die erste Gruppe der Fälle umfaßte Fälle von Gehirnlues, die zweite eine Kombination von Psychosen aus dem Gebiete teils der Paranoia, teils des manisch-depressiven Irreseins mit organischen Symptomen von Gehirnlues oder beginnender Tabes.

Mit der Behandlung der Paralyse beschäftigen sich nur spärliche Arbeiten. *Pilcz* (92) sieht in dem Rückgang der Symptome in einigen Fällen initialer Paralyse die Wirkung der angewandten Injektion von *Kochs* altem Tuberkulin. *Spielmeyer* (120) hat von Atoxylbehandlung günstigen Einfluß weder auf die Symptome noch auf den Verlauf gesehen, läßt aber die Möglichkeit prophylaktischen Nutzens offen.

Robertson und *McRae* (101) haben in einigen Fällen guten Erfolg von Injektionen einer Aufschwemmung ihres „Bacillus paralyticans" gesehen, noch besseren von Injektionen oder Verabreichung des Antiserums, das sie durch Impfung von Schafen mit beiden Arten des Bacillus, longus und brevis, gewonnen haben. Alle Paralytiker reagieren auf das Serum durch vasomotorische Symptome, Erhöhung der Pulsfrequenz und der Temperatur und auch psychisch. Andere Psychosen reagierten nicht.

Gordon (42) findet in seiner Studie der Reflexe bei Paralytikern die für Hemiplegiker gültige Trias: Steigerung der Patellarreflexe — Fußklonus — Babinski bei Paralyse dahin verschoben, daß die beiden letzten und der Oppenheimreflex selten oder schwach vertreten sind, während der paradoxe Reflex häufig ist. Ob das Verhalten der Reflexe dem Grade der bei Paralyse konstant gefundenen Veränderung in den motorischen Bahnen entspricht, bleibt dahingestellt.

b) Präsenile und senile Psychosen.

Der 13. Band der „Arbeiten aus dem Neurologischen Institute an der Wiener Universität" zeichnet sich gleich den früheren durch Gediegenheit des Inhalts wie der Ausstattung aus. Der Beitrag von *Miyake* (75) beschäftigt sich mit den Altersveränderungen der Hirnrinde, insbesondere ihres quantitativen Moments und ihrer pathologischen Bedeutung. Es wurden Windungsstückchen der verschiedenen Lappen exzidiert und mit Thionin, Hämalaun-Eosin, *van Gieson* und *Marchi* gefärbt. Die Pia ist im Senium immer durch Vermehrung des Bindegewebes verbreitert, ohne einen exzessiven Grad zu zeigen, hierauf beruht ihr Kernreichtum. Verwachsungen der Pia kommen ohne psychische Alteration vor; wo sich reichliche Adventitia- und Endothelzellen finden, handelt es sich um geistige Störung oder beginnende Meningitis. Die Gefäße sind stets im Sinne einer Verdichtung und Verbreiterung der Wand verändert, ihre Zellen selten normal, meist übermäßig pigmentiert, vakuolisiert, mitunter völlig homogenisiert, die Veränderungen stimmen weder mit dem Alter noch mit denen an peripherischen Gefäßen überein. Verkalkung ist selten. Die gelegentlich in tieferen Schichten stärker als in oberflächlichen

vorhandene Kerninfiltration zeigt Kerne unbestimmten Charakters. Gliazellen sind überall vermehrt, Bindegewebszellen aber spärlich und Plasmazellen kaum zu finden. Die Gliafasern sind vorwiegend in der molekularen Schicht und um die Gefäße herum vermehrt und verdichtet, ohne aber Abhängigkeit von deren Erkrankung zu zeigen. Als charakteristisch für die senile Zellveränderung ist der staubförmige Zerfall der Tigroide zu bezeichnen, der sich im Beginn der sechziger Jahre findet, oder die Rarifikation der Zellen im höheren Alter. Die im normalen Senium vorhandenen Veränderungen unterscheiden sich demnach weder quantitativ noch qualitativ deutlich von der bei senilen Psychosen beschriebenen, die Übergänge sind flüssig.

Fries (38) behandelt die Syringomyelie des Seniums mit Bericht über zwei Fälle und hebt zusammenfassend hervor, daß sich die Syringomyelie des Alters klinisch in nichts von der des jugendlichen Alters unterscheidet, anatomisch aber bis zum gewissen Grade charakterisiert sei durch zwei Momente: Ersatz des untergegangenen Gliagewebes durch Bindegewebe, das aus der Adventitia der sklerosierten Gefäße entsteht, und durch das Auftreten seitlicher Spalten, die in keinem Zusammenhange mit der zentralen Höhe zu stehen brauchen und deren malacische Genese sichergestellt ist. Der Malacie kann Sklerose und neuerlicher Zerfall folgen oder sie kann als solche bestehen bleiben. Für die Progredienz im Senium müsse außer dem ursprünglichen Prozeß der Hydromyelie und Gliose noch die durch Gefäßsklerose bedingte Höhlenbildung verantwortlich gemacht werden.

Fischer (33) konstatiert den von *Redlich* an zwei Fällen von seniler Demenz als miliare Sklerose beschriebenen Befund in den meisten Fällen seniler Demenz und gibt ihm unter Erweiterung des anatomischen Bildes eine wesentlich andere Bedeutung. Von den diffus oder nesterweise in der Hirnrinde liegenden 10—100 μ großer Plaques stellen die kleineren offenbar Initialstadien dar, lassen nach ihrem Aussehen auf eine fremdartige, noch rätselhafte, Einlagerung schließen und sind als eine eigenartige Nekrose aufzufassen. Die Fibrillen biegen diesen Herdchen aus, zeigen aber an der Peripherie der größeren deutlich keulenförmige Knospungen, die dem Schnitte ein rosettenartiges Aussehen geben. Diese drusigen, zu einem Wucherungsvorgang der benachbarten Neurofibrillen führenden Neubildungen fanden sich nicht an paralytischen und normalen Gehirnen oder bei nichtorganischen Psychosen, nur vereinzelt bei Hirnatrophie nach Erweichungsherden. Der Vergleich des Befundes mit den klinischen Erscheinungen führte zu dem überraschenden Resultat, daß die Fälle ohne Nekrosen einfache senile Demenzen waren, die mit Nekrosen aber mehr oder weniger ausgesprochene Presbyophrenien mit Konfabulationen und gröberen Störungen der Merkfähigkeit. Die Nekrosen stellen sich danach als das wichtigste anatomische Substrat der Presbyophrenie dar.

Hughes (49 u. 50) wendet sich gegen die „herkömmlich schlecht gestellte Prognose“ bei seniler Demenz und nebenbei der Dementia praecox; bei beiden handelt es sich um Suspension, nicht Destruktion der geistigen [illegible] dramatisch erzählter Fall behandelt die Frage, man weiß nicht [illegible]spruch auf Wissenschaftlichkeit oder „für das gebildete P[illegible]

Die Mannigfaltigkeit der klinischen Bilder der Gehirnarteriosklerose vermehrt *Eisath* (29) durch drei interessante Krankheitsgeschichten, von denen sich die erste durch die Kombination seniler Demenz mit Herderscheinungen auszeichnete, die auf herdförmige Erweichung in der Pyramidenbahn und zwar des motorischen Rindenfeldes der linken oberen Extremität deuteten. Der Befund lieferte indessen neben Arteriosklerose lediglich diffuse degenerative Veränderungen in den Rindenzellen mit perivaskulärer Gliawucherung und spärlichem état lacunaire (Catola) und leichte Gliavermehrung in der linken Pyramiden-Seitenstrangbahn. Im zweiten Fall sprach der makroskopische Befund für Paralyse, der mikroskopische für arteriosklerotische Hirnerkrankung und ergab sichelförmige Gliabegleitzellen und amöboide Gliazellen, wie sie bei akut und schwer verlaufenden Fällen von Dementia praecox gefunden werden. Die klinische Diagnose blieb zwischen arteriosklerosem Irresein und Paralyse unentschieden, vielleicht ist hier eine Mischform anzunehmen. Der dritte Fall läßt erkennen, daß ein kleiner Bruchteil der Menge der schlechthin zu den periodischen Geisteskrankheiten gerechneten Psychosen der arteriosklerotischen Hirnerkrankung angehört. *E.* betont die allen Fällen gemeinsamen Krampfanfälle, Paresen, psychischen Symptome und Alkoholismus, allerdings mit der eigenartigen Bemerkung, daß im ersten Falle nicht die Kranke Alkoholist war, sondern ihr Bruder.

Leers (58) macht auf den Parallelismus der Symptome der Arteriosklerose mit denen der traumatischen Neurose aufmerksam und erörtert den schwer festzustellenden aber unbestreitbaren Einfluß des Traumas auf die Entstehung und Verschlimmerung von Arteriosklerose, die Frage des Rentenanspruchs dabei und die Abschätzung der Erwerbsverminderung.

Collins (18) erklärt die Starrheit des Gesichtsausdrucks und steifen, kurzschrittigen Gang für wichtige Symptome der zerebralen Arteriosklerose. Hinterkopfschmerzen und Gemütsreizbarkeit seien häufige Vorboten. Zeichen viszeraler und skelettaler Atherose könnten oft völlig fehlen.

Burr und *Camp* (9) fügen zu dem 1905 veröffentlichten einen zweiten Fall von obliterierender peripherischer Arteriitis als Ursache von Triplegie nach Hemiplegie. Unter anderem unterscheidet die ungestörte Funktion der Sphinkteren und das Fehlen von Babinski das Krankheitsbild von dem sehr ähnlichen der spastischen Myelitis und der bilateralen Hemiplegie.

Barker und *Sladen* (2) beschreiben den Fall eines 44 jährigen Bahnbeamten, bei dem in 10 jähriger stetiger Entwicklung die Symptome der Acrocyanosis chronica anaesthetica *Cassierers* bestanden + Gangrän einiger Zehenspitzen. Der Fall leitet zur *Raynaud*schen Krankheit hinüber.

Cramer (22) behandelt in einem klinischen Vortrage die Therapie der Gehirnarteriosklerose. Mäßige und ruhige Lebensweise, Regelung der Darmtätigkeit, Fernhalten von Überanstrengung des Gefäßsystems und von Sportausschreitungen sind die empfohlenen prophylaktischen Maßregeln, Jodnatrium oder Jodkalium in steigenden Dosen und jahrelang mit kurzen Pausen gegeben die empfohlene Medikation. Jodschnupfen stört nicht. Werden die Präparate wegen Magen- und Nierenstörungen schlecht vertragen, kann Sajodin und Jodipin versucht werden.

c) Psychosen bei Herderkrankungen.

Mit der revolutionären Anschauung *P. Maries* über aphatische Störungen beschäftigen sich *Derkum* (24), *Mills* und *Spiller* (73), *Cortesi* (21), *A. Marie* (62 und 65) und *Mott* (78). *Derkums* Fall war dem Falle *Maries* klinisch und anatomisch fast gleich, ein den Linsenkern und den anliegenden Teil der inneren Kapsel zerstörender und in das untere Längsbündel verfolgbarer Herd wird als Ursache der motorischen Aphasie und, durch Unterbrechung der Bahn von der *Wernicke*schen Zone, der Worttaubheit und der Lesestörung angesehen. Der Linsenkern stelle ein Koordinationscentrum für komplexe Muskelbewegungen dar, dessen Schädigung die Störung der motorischen Sprache proportional sei.

Mills und *Spiller* prüfen die Thesen *Maries* an 11 Fällen, von denen 10 Herde in der „Zone lenticulaire“, 6 im Linsenkern betrafen, und formulieren ihre Ansichten in folgende Sätze: Läsionen des Linsenkerns allein verursachen keine sensorischen Symptome, der Linsenkern darf als motorisches Organ angesehen werden; anarthrische oder dysarthrische Sprachstörungen entstehen aus Läsionen bestimmter Teile des linken Linsenkerns, die wahrscheinlich an der Sprachbewegung beteiligte Zentren enthalten; Zerstörung bestimmter Teile des Linsenkerns bewirkt wahrscheinlich Parese der Extremitäten oder des Gesichtes, die sich durch geringeren Grad und geringere Schärfe von der bei Kapselherden unterscheidet und von der bei kortikalen Herden durch engere Begrenzung; echte andauernde motorische Aphasie erzeugen auf den Linsenkern beschränkte Herde nicht, gleichgiltig, welchen Sitz und Grad sie haben; die Insel, Cortex und Subcortex, spielt im Komplex der Sprache eine wichtige und wesentlich andere Rolle als Linsenkern und innere Kapsel, sie ist ein Teil des kortikalen motorischen Zentrums der Sprache, wahrscheinlich ist der andere Teil die *Broka*sche Windung. Motorische Aphasie kann ohne Läsion der linken III Stirnwindung zustande kommen. Die Theorie *Maries* involviere eine Unterschätzung der Wichtigkeit der Inselrinde, die sich doch embryologisch und durch arterielle Versorgung vom Corpus striatum unterscheide.

Die von *A. Marie* kurz und ohne Kommentar mitgeteilten Fälle von Aphasie betreffen anatomisch nicht ganz reine Herderkrankungen der *Broka*schen Region und der *Wernicke*schen Zone, dagegen fand sich in den beiden Fällen von Aphasie ohne Erkrankung der *Broka*schen Zone im ersten ein die Vormauer, die äußere Kapsel und den hinteren Teil des Linsenkernes umfassender Herd. Aus der Beschreibung des zweiten Falles läßt sich kein klares Bild des Sitzes entnehmen.

A. Marie demonstriert noch zwei Gehirne, in deren erstem Erweichung der *Wernicke*schen Zone und ein kleiner Herd im mittleren Teil des Linsenkernes links der klinischen Beobachtung unvollkommener Agnosie, Aphasie und Alexie entsprechen könnten, doch betraf der Fall einen tief Verblödeten. Im zweiten hatte eine Schußverletzung die Rinde der linken *Wernicke*schen Zone zerstört ohne die Sprache zu schädigen.

Im ersten der von *Cortesi* mitgeteilten Fälle hatte [illegible] r Erweichungsherd die weiße Substanz der linken Insel und [illegible] lappens zerstört mit kompletter rechtsseitiger Hemiphlegie und [illegible] Im



zweiten hatte rechtsseitige Hemiplegie ohne Sprachstörung bestanden bei einem Herde zwischen Insel und Corpus striatum. In beiden Fällen fand sich Degeneration der Pyramidenbahn, aber nur im ersten auch des Lemniscus. *C.* schließt daraus, daß die Sprachbahn durch den Lemniscus geht. In diesen wie in den vorherigen Fällen ist in der Regel unerwähnt gelassen, ob es sich um Rechtshänder gehandelt hat.

Mott (78) berichtet folgenden Fall von Aphasie und kortikaler Taubheit: 25 jährige Frau hatte im 22. Jahre nach Schreck mehrstündige Bewußtlosigkeit und Verlust der Sprache für zwei Wochen, die sich dann langsam wiederherstellte. Vor einem Jahre wiederholte sich der Anfall mit vollkommener Taubheit und Aphasie, dem am Abend Konvulsionen folgten mit bleibender rechtsseitiger motorischer und sensibler Lähmung des rechten Beines. Aus dem anatomischen Befunde schließt *M.*, daß auf den ersten Anfall die Zerstörung des hinteren Teils der ersten Temporalwindung rechts und ihrer Verbindungen mit dem hinteren Teil der zweiten Temporalwindung, sowie eines Teils des unteren Scheitelläppchens nebst marginalis und angularis zu beziehen sei und auf Embolie des hinteren Astes der Art. cer. med. beruhte. Die fast symmetrische, nur ausgedehntere und auf die Furchen der *Sylvi*schen Spalte und den hinteren Teil der Insel übergreifende Zerstörung in der linken Hemisphäre erklärt die permanente Aphasie und Taubheit durch komplette Ausschaltung der beiderseitigen kortikalen Hörzentren. Wortblindheit scheint nicht bestanden zu haben, aber Unfähigkeit zu schreiben. Gegen *Marie* führt *Mott* an, daß die Intelligenz verhältnismäßig gut erhalten war. In der Deutung des Symptomenkomplexes folgt *M.* den Anschauungen *Bastians*.

In dem Falle von *Fry* (40) bestand für mehrere Wochen nach einem Sturz auf die linke Kopfseite Verlust des Gedächtnisses für Eigennamen, die der Kranke weder selbst fand, noch erkannte, wenn er sie nach Vorsagen wiederholte oder auf Diktat niederschrieb. Im Gespräch umging er sie mit großer Wortgewandtheit. Schwierigkeit, sich auf Namen zu besinnen, blieb dauernd zurück.

Weygand (138) berichtet über die weitere Entwicklung des als *Grasheyscher* oder amnestischer Aphasiefall in der Literatur bekannten und vielfach bearbeiteten Falles *Voit*, dessen Verlauf sich gestaltete: Nach Unfall I (Schädelbruch) Erschwerung der Auffassung, Assoziation, Reproduktion und Sprache mit Schreibhilfen beim Sprechen, dann Besserung bis zur Erwerbsfähigkeit und Heirat, Verschlechterung der Sprache nach einem peripherischen Trauma, Schreibhilfen beim Sprechen und Notwendigkeit, sich bei Bezeichnung von Eigenschaften erst den anschaulichen Eindruck zu verschaffen, gegenwärtig nur geringe Schwierigkeit beim Wortfinden, aber ohne die letztgenannten Hilfsmittel. Zur Erklärung dieses auf lediglich funktionelle Störung deutenden Verlaufs ist die visuelle Veranlagung und der Einfluß des Rentenanspruchs und der Dressur durch die zahlreichen Untersuchungen heranzuziehen.

Heilbronner (45) schildert einen klinischen Befund mit dem Schlußergebnis, daß es eine reine, d. h. von aphasischen Störungen unabhängige doppelseitige Form der Agraphie gibt als Folge eines linksseitigen Herdes. Die Agraphie der linken Hand sei hier als apraktische aufzufassen, analog den übrigen apraktischen

Bewegungsstörungen in der linken Hand bei linksseitigen Herden. Sie könne sich in diesen Fällen auf das Schreiben aus dem Gedächtnis beschränken, während das Abschreiben erhalten bleibt.

Eine sehr eingehende und vollständige Übersicht über die Literatur der Apraxie liefert *d'Hollander* (25) in seinem für den Antwerpener Kongreß bestimmten Sammelbericht unter Mitteilung zweier eigner Beobachtungen.

In *Kleists* (56) Fall von kortikaler (innervatorischer) Apraxie waren nach dem Krankheitsverlauf folgende Herde anzunehmen: 1) ein oder mehrere Herde als Ursache der vorübergehenden linksseitigen Hemiplegie mit Empfindungsstörungen der linken Hand; 2) um dieselbe Zeit Herde in der Gegend der *Broka*schen Windung bezw. ihres Marklagers als Ursache der vorübergehenden artikulatorischen Störungen; 3) ein Herd in oder nahe der linken hinteren Zentralwindung bezw. ihres Stabkranzes als Ursache der vorübergehenden rechtsseitigen Gefühllosigkeit; 4) neue Herde in der *Broka*schen Windung und der *Wernicke*schen Zone als Ursache schwerer motorisch- und sensorisch-aphasischer Störungen; 5) schließlich ein oder mehrere Herde, auf deren Sitz im linken Parietallappen und in der Nachbarschaft der oberen Schläfenwindungen vorübergehende rechtsseitige Blicklähmung und sensorisch-aphasische Störungen weisen. Auf die Herde 3) und 5), vielleicht auch 2), werden die klinischen Erscheinungen bezogen, die *Kleist* seiner eingehenden und klaren Studie über die hier vorliegende Form der Apraxie zugrunde legt.

Hartmann (43) verwendet zu seinen Beiträgen zur Apraxielehre die Ergebnisse aus 3 Fällen: 1) Tumor im Bereiche des linken Stirnhirns, der die Rinde der *Broka*schen Windung und die angrenzenden Markpartien verschonte und mit zapfenförmigem Fortsatz medial bis vor die vorderen Talamusebenen in die linke Balkenhälfte und mit einem anderen sich vor dem Balkenknie in die medialen Partien des rechten Stirnhirns erstreckte; 2) Tumor, der den kompakten Teil des Balkens vor den Ebenen der vorderen Kommissur bis zum hinteren Ende fast völlig zerstört hatte; 3) Blutung im Marklager der zweiten Frontalwindung rechts von Walnußgröße. Die klinischen Beobachtungen werden mustergültig geschildert und zu Schlußfolgerungen verwertet, die hier nur auszugsweise aufgeführt werden können. Näher noch nicht umgrenzbare Anteile des Stirnhirns (im Bereiche von *Flechsigs* vorderem Assoziationszentrum) erscheinen in die Mechanik der motorischen Großhirntätigkeit eingeschaltet und verhalten sich in ihrer Funktion zu den Extremitätenzonen der Zentralwindungen analog wie die *Broka*sche Region zu den Hirnnervenzonen der Zentralwindungen in Hinsicht der Dynamik der motorischen Sprachfunktion. Die Anregungen zu Bewegungsabläufen von den Sinnesgebieten des Großhirns bedürfen zu ihrer Übertragung auf die fokalen Felder der Zentralwindungen der Mitwirkung des Stirnhirns. Der Ausfall dieser Stirnhirnfunktion links erzeugt gekreuzte motorische Seelenlähmung. Das rechte Stirnhirn bedarf der Mitwirkung des linken Gehirns und der Verbindung mit andersseitigen Sinnessphären zur Leitung des Ablaufs von zweckmäßigen Bewegungen. Bei Wegfall nur des linken Stirnhirns leidet das [illegible]nismäßig garantierte Kontinuum der linksseitigen Bewegungsabläufe, [illegible] größeren Teils der Balkenver-

bindung entsteht Leitungsapraxie der linken Extremitäten bei erhaltenem Bewegungsgedächtnis. Die höheren motorischen Leistungen der in ihren Verbindungen mit der anderen Seite getrennten Hemisphären sind verschiedenwertig.

Die Mannigfaltigkeit des Ausfalls im Gesichtsfeld und in der Sehschärfe bei unvollständigen oder indirekten Läsionen der optischen Bahnen erklärt sich nach *Russel* (102) durch die Lage der makularen Fasern und ihre größere Empfindlichkeit, deshalb beeinflussen Läsionen, die den Nervus und Tractus opticus berühren, das zentrale Sehen, hinter ihnen gelegene Läsionen mehr das peripherische Sehen. Fünf Fälle werden beschrieben.

Eine neue Färbemethode ermöglicht nach der Mitteilung *Allens* (1) der Nachweis, daß das mediale hintere Septum des Rückenmarks wie eine Anzahl Septa der Seitenstränge Bindegewebe in Zusammenhang mit der Pia enthält. Die Methode ist folgende: Härtung wie für *Nissl*-Färbung, Waschen des Schnittes in destilliertem Wasser, Legen in 0,5 prozentige wäßrige Lösung von Lasur, 3 Minuten Dàmpfen, 15 Minuten Abkühlen; Spülen in Aq. dest., leichtes Schütteln in Alc. absol., 1 Minute lang Legen in eine Lösung Acid. carbol. 20 zu 80 Tolnol, dann in eine Lösung Eosin 0,02—0,05: Alkohol 60, bis Purpurfarbe eintritt, dann in 25 prozentige Lösung von Acid. carbol. in Xylol bis zur Rosafarbe, schließlich in reines Xylol und in Xylolbalsam.

Auf anatomische und klinische Tatsachen begründet *Hunt* (51) neue Ansichten über Herpes im Facialisgebiet. Der Facialis sei ein gemischter Nerv, das C. genicul. sein sensorisches Ganglion, die sensorische Wurzel der Nervus *Wrisberg*, die peripherischen Teile unterhalb des Ganglions der Nervus fac., die Nervi petras., Nervi petras. extr. und Chorda tympan. Die Zosterzone des Ganglions sei das Innere der Ohrmuschel und der äußere Gehörgang, ihre nervösen Verbindungen mit dem C. genic. der Ram. auriculo-tempor. des Quintus durch die Mitte des Petros. sup. und Ganglion otic. und durch den eigentlichen Facialis. Durch seine Lage und Verbindungen kann Entzündung des Corp. genicul. weitergreifen und Herpes in drei Formen erzeugen: H. zoster auricularis, H. zoster der übrigen Zosterzellen des Kopfes (auricul, facialis und occipitocollaris) und H. zoster des Kopfes mit Fazialislähmung und Ohrsymptomen (Tinnitus, Taubheit, Schwindel, Erbrechen, Nystagmus und Gleichgewichtsstörungen).

In dem von *Forli* (34) mitgeteilten Falle von Balkenverletzung fand sich eine kleine umschriebene blutige Erweichung im Corp. callos., etwas nach links von der Mittellinie im Niveau des vorderen Endes der Thalam. optic. Der Kranke war drei Tage nach seiner Kopfverletzung bewußtlos gewesen und hatte bis zu seinem 5 Wochen nach dem Unfall erfolgten Tode an Pneumonie tiefe Demenz dargeboten, Unorientiertheit, Gedächtnisschwäche, herabgesetzte Merkfähigkeit und Reizbarkeit. Der anatomische Befund im übrigen war negativ.

(85) *Oppenheims* „Die Encephalitis“ liegt in zweiter, nunmehr von *Oppenheim* und *Cassierer* bearbeiteter Auflage vor. Wie Verf. bemerken, haben sich mit der Zunahme unserer Kenntnisse und Erfahrungen die diagnostischen Schwierigkeiten eher gehäuft als vermindert, dementsprechend ist namentlich das Kapitel über Differentialdiagnose erweitert und vertieft, aber auch die übrigen Kapitel

nehmen an dem von 94 auf 134 Seiten gewachsenen Umfang des Werkes teil, dem auch farbige Tafeln und Abbildungen im Text beigegeben wurden.

Sheppard (115) beschreibt in seinem Falle von operativ geheiltem Hirnabszeß im linken Schläfenlappen den Weg der Diagnose und Lokalisation.

Belletrud (3) spricht sich in einem Gutachten über einen Fall enzephalomeningitischer Verblödung für die Abhängigkeit des Zustandes von der Januar 1900 erlittenen Kopfverletzung aus und gegen die Herkunft von 1898 überstandenem Typhus. Indessen hatte der Kranke Januar 1899 an einem Abszeß am After gelitten, zur Vollständigkeit hätte noch festgestellt werden müssen, daß er zur Zeit der Begutachtung nicht noch Bazillenträger war.

Claude und *Lejoune* (16) erörtern einen diagnostisch schwierigen Fall einer 31 jährigen Frau, der anfangs der progressiven Paralyse ähnlich verlief, dann mit Fieber unter dem Bilde einer Meningitis (*Kernig*sches Zeichen, Nackensteifigkeit, eiweißhaltige Punktionsflüssigkeit) schließlich mit den Erscheinungen multipler Sklerose.

Der zweite Fall (17) betrifft eine 47 jährige Frau, die plötzlich ohne Verlust des Bewußtseins an Krampf im rechten Fazialisgebiet und Sehstörungen erkrankte, an die sich in den nächsten Stunden linksseitige Hemiparese besonders des Armes anschloß und nach zwei Tagen ein Schlaganfall mit Koma, linksseitiger Hemiplegie, Aphasie und Delirien. Dauernd blieben zurück linksseitige Parese, Lähmung des rechten und Parese des linken Oculomotorius und anfallsweise auftretende Spasmen im rechten Fazialisgebiet, Pharynx und Larynx. Verf. nehmen zwei Herde an, einen im rechten Hirnschenkel, den andren in der Regio subthalamica, der durch den Reiz auf den faisceau géniculaire die eigentümliche Variation des „spasme géniculé" veranlaßt. Für die Beteiligung kortiko-bulbärer Bahnen sprachen außer dem Sitze der Spasmen auch das psychische Verhalten und Lachen und Weinen von bulbärem Charakter.

Cerletti (13) untersuchte den Einfluß von Hypophysisgaben auf das Wachstum junger Meerschweinchen, Kaninchen und Hunde. Die Methode der intraperitonäalen Implantation einer Lamm-Hypophysis in 10 tägigen Intervallen wurde als ein zu schwerer Eingriff durch Injektionen einer Hypophysis-Aufschwemmung, deren Anfertigung beschrieben wird, ersetzt. Die Versuche hatten das bemerkenswerte Resultat, daß die behandelten Tiere erheblich in Gewicht und Größe gegen nicht behandelte Kontrolltiere aus gleichem Wurfe zurückblieben und daß die langen Knochen kürzer blieben, aber namentlich in den Epiphysen massiger wurden. Weitere Untersuchungen werden folgen.

Kasuistisches über Akromegalie geben die Arbeiten von *Schuster* (109), *Shanahan* (113) und *Westphal* (137). *Schuster* zeigt das Röntgenbild eines Tumors in der Sella turcica. Aus dem klinischen Befunde ist hervorzuheben: Erblindung nach voraufgegangener Scheuklappen-Hemianopsie, Akromegalie, myxödemartige Haut mit Fehlen der Scham- und Achselhaare, erloschene Potenz, sorglose Stimmung.

In dem Falle von *Shanahan* entwickelte sich Akromegalie, bisher ... symptome, bei der 31 jährigen Frau vor 7 Jahren, seit 5 Jahren best...



Anfälle klassischer Epilepsie, die Sexualorgane atrophierten, die Menstruation sistiert seit Erkrankung. Die Vergrößerung betraf Gesicht, Lunge und Extremitäten.

Der von *Westphal* demonstrierte Fall betraf einen 61 jährigen Mann mit deutlichen Tumorsymptomen, unter ihnen auch wiederholte Krampfanfälle in letzter Zeit und Stauungspupille. Leider hinderte der psychische Zustand, durch Feststellung des Gesichtsfeldes den Sitz des Tumors nachzuweisen.

Auch in dem Falle *Westphals* von walnußgroßem Tumor des Kleinhirnbrückenwinkels hatte die bestehende Psychose die genaue Erhebung des klinischen Befundes unmöglich gemacht.

Einen Fall von Myasthenia gravis pseudoparalytica (*Joly*) mit Adenom der Hypophysis beschreibt *Tilney* (128) bei einer Primipara, deren Erkrankung kurz nach der Konzeption begonnen hatte, in der Schwangerschaft fortschritt und kurz nach der Entbindung zum Tode durch Insuffizienz der Atemmuskeln führte. Die Geschwulst nahm den hinteren Lappen der Drüse ein, die 1 g wog und die Maße 14 : 9 : 15 mm hatte, und ging vom vorderen Lappen aus. Der Rest der Thymusdrüse bestand fast ausschließlich aus Fett- und Bindegewebe.

Hoppe (48) behandelt das Verschwinden von Tumorsymptomen. Im ersten seiner Fälle wiesen alle Erscheinungen auf einen Kleinhirntumor, gingen nach 4 jähriger Dauer der Erkrankung auf Jodkalibehandlung zurück und erschienen vorübergehend nach 7 Jahren wieder. Die Sektion 3 Jahre später ergab vollkommen normale Verhältnisse. Auch in den beiden anderen Fällen schien Kleinhirntumor vorzuliegen, die Symptome bildeten sich bis auf geringe Reste zurück. *H.* bespricht die heilbaren Krankheiten, die Tumorsymptome machen können: seröse Meningitis, hämorrhagische Encephalitis mit serösem Erguß, Chlorose, chronische Cerebritis. Heilung ist aber auch möglich durch Resorption eines Tumors und durch Gewöhnung des Gehirns an einen zum Wachstumsstillstand gekommenen Tumor. *H.* berichtet hierfür ein Beispiel: vorübergehende Lähmung des linken Arms im 21. Jahre mit zurückbleibender Schwäche und Kopfschmerzen, dattelkerngroßer verkalkter Tumor in der rechten ersten Stirnwindung nach dem Tode im 60. Jahre.

Jacoby (52) tritt der Ansicht bei, daß die Beteiligung der Gaumenmuskulatur bei doppelseitiger Fazialislähmung vom Fazialis unabhängig ist. Gegen die Abhängigkeit spricht schon die Seltenheit der Komplikation, einseitige Gaumenlähmung macht wenig Symptome und ist schwer zu konstatieren. In den mitgeteilten 4 Fällen, in denen sich dreimal die Komplikation fand, war im ersten aus sensorischen Störungen Erkrankung des Vageaccessorius wahrscheinlich, in den beiden anderen bestand multiple Neuritis. In allen Fällen traf die Beobachtung zu, daß doppelseitige Fazialislähmung nicht gleichzeitig, sondern in Intervallen eintritt.

Jelliffe (54) berichtet den seltenen Fall einer halbseitigen Zungenatrophie, die sich langsam nach einer Rückenverletzung entwickelt hatte. Mit Roentgen ließ sich Formveränderung des dritten Halswirbels feststellen. *J.* nimmt Beschädigung des Hypoglossus an seinem Austritt aus dem Schädel an.

Thomas (127) schließt seine Mitteilung von 3 Fällen permanenter Hemianopsie nach Migräne damit, daß „Migräneanfälle zu Erweichungsherden im Gehirne

mit Dauererscheinungen von Lähmung, Aphasie oder Hemianopsie führen können." Die Fälle beweisen es nicht, in allen bestand vorher nur mehr oder minder periodischer Kopfschmerz. Wenn sich der Zustand in ihnen mit einer Art Migräne einleitete, kann sie doch nur als Symptom und nicht als Ursache angesehen werden.

In seiner Studie der Sensibilitätsstörungen bei langsamer Kompression des Rückenmarks durch *Pott*sche Krankheit zeigt *Fry* (39) die Vorteile der *Head*schen Einteilung der Sensibilität: „epikritische" Sensibilität (leichte Berührung, Raum, warm und kühl), „protopathische" Sensibilität (Schmerz, heiß und kalt) und Sensibilität für tiefen Druck.

In dem Falle von *Riggs* (98) veranlaßten allgemeine Tumorsymptome mit Stauungspapille und schwersten Kopfschmerzen zweimalige ergebnislose Operation (welche?). Während der zweiten starb die Kranke. Es wurde fast völlige Obliteration des Sinus longitud. und beider Sinus laterales gefunden, sonst normale Verhältnisse.

Weber (133) erweitert das Material einer früher erschienenen Arbeit durch zwei Fälle und faßt das Ergebnis seiner Untersuchungen dahin zusammen, daß man genötigt sei, anzunehmen, daß sich die Neuplasmen ausschließlich in der weißen Substanz entwickeln, sie gewissermaßen zerlegen und besonders günstig liegen, um den nach den Ventrikeln gerichteten Lymphstrom aufzunehmen. Die Spinnenzellen dürfen nicht als Produkte einer Proliferation aufgefaßt werden, etwa als entzündliche Reaktion, es handelt sich vielmehr um ödematöse Aufblähung der Neurogliazellen infolge des Druckes. Die Abplattung des Vorderhirnes der Seitenventrikel zeigt, daß die Entleerung der Zerebrospinalflüssigkeit den Druck des wachsenden Tumors zu bekämpfen geeignet ist. Solange dies möglich ist, kann der Tumor latent bleiben: die Hirnrinde widersteht dem Druck besser, weil ihre Ernährung leichter vor sich geht, vielleicht auch, weil sie sozusagen eine stärkere Vitalität besitzt. Das Ependym reagiert auf den Druck durch Verdickung und Bildung *Chaslin*scher Pinselzellen und verteidigt sich dadurch gegen den Druck. Zur Unterstützung dieser Anschauungen teilt *W.* zum Schluß zwei weitere Fälle mit, deren erster sich durch unerklärliche symmetrische Verzerrung der Pupillen auszeichnete.

Seine Auffassung eines 1903 veröffentlichten Falles als Sarkom ändert *Spiller* (123) unter Besprechung der neueren Arbeiten dahin, daß es sich um multiple Gliomatose gehandelt habe.

Als „Ersatzphänomen" beschreibt *Bychowski* (10) ein Symptom, das sich in der Regel bei Hemiplegikern zerebralen Ursprungs und besonders in frischen Fällen findet und darin besteht, daß sie in der Rückenlage beide gestreckte Beine nicht oder nicht bis zu der Höhe heben können, die jedes Bein für sich erhoben erreicht. Die Erklärung des Phänomens und die Begründung seines Namens beruht darauf, daß die gesunde Hirnhälfte nicht oder noch nicht so weit die Funktion für die erkrankte übernommen hat, um dopplseitig die Arbeit zu leisten, die sie für eine Seite allein leisten kann. Die [illegible] erläutert den Nutzen frühzeitiger Übungstherapie nach Hemiple[illegible]

Einseitige Paralysis agitans der nicht gelähmten Seite beobachtete *Sailer* (104) bei einer 69 jährigen Frau; die Hemiplegie bestand seit 7 Jahren, das Zittern begann vor 3 Jahren und hat sich seit kurzem auf beide Füße erstreckt.

Rhein und *Potts* (97) beschreiben eine Form von postapoplektischem Tremor mit Ataxie der Beine und Arme in einem Falle von Erweichung an beiden Linsenkernen (äußere Kapsel und hinteres Drittel des Putamen, links ausgedehnter, rechts mit Zerstörung des *Türck*schen Bündels). Die Einseitigkeit der Reizbewegungen, die übrigens nach der Beschreibung die Bezeichnung als „Zittern" nicht rechtfertigt, wird durch die größere Ausdehnung des linken Herdes erklärt.

Wimmer (139) knüpft an einen sehr interessanten Fall von Spätapoplexie, die drei Tage nach Überfahren durch einen Radfahrer nachts im Schlafe aufgetreten war, Erörterungen über die forensische und unfallspraktische Bedeutung solcher Fälle und die Differentialdiagnose von Hysterie, die im vorliegenden Falle stark in Betracht kam, weil des Fazialis an der Lähmung nicht beteiligt war und Ertaubung auf dem linken Ohre mit atypischem Befunde auf funktionelles Ohrleiden deutete. Ob dem Babinskireflex der gelähmten Seite die Beweiskraft für organische Herkunft der Hemiplegie zukommt, wie *W.* annimmt, bleibe dahingestellt.

Meyer (72) teilt kurz den anatomischen Befund einer Stichverletzung des Pons mit, die ihn fast zur Hälfte durchtrennt hatte.

Kutner und *Kramer* (57) prüfen an 18 Krankheitsgeschichten den Verteilungstypus der sensiblen Störungen bei Affektionen der Med. olbongata. Von diesen eine Fülle interessanter Einzelheiten bietenden Fällen handelte es sich in 6 um embolische und apoplektische Herde, 3 davon traumatischen Ursprungs, in den übrigen um Syringobulbie, die in einem Falle durch die Sektion bestätigt wurde. Der letzte Fall zeichnete sich durch schnellen Fortschritt aus. Trotz verschiedener anatomischer Genese bot das Symptomenbild eine weitgehende Übereinstimmung: Stimmbandlähmung, Sensibilitätsstörungen, die auf die spinale Quintuswurzel und die sekundären sensiblen Bahnen in der Med. oblong. zu beziehen sind, und meist Schwindel und Gleichgewichtsstörungen. Sie deuten auf eine bestimmte Gegend der Med. oblong., in deren Mitte etwa sich der Nucleus ambigurus befindet. Die Prädilektion für diese Stelle ist in ihrer Gefäßversorgung (art. cerebelli post. inf.) und vielleicht in einer besonderen Lockerheit des Gewebes durch die zahlreich eintretenden Gefäße und Nervenwurzeln begründet. In der Tat sind starke Veränderungen an den Gefäßen dieser Gegend bei Syringomyelie beobachtet worden.

Weisenburg (135) macht an 3 Fällen aufmerksam auf die neue Beobachtung, daß sich die Felder gestörter Sensibilität graduell über den der Läsion zukommenden Sensibilitätsbezirk hinaus erstrecken und sich über diese Bezirke hinaus gesteigerte Haut- und Sehnenreflexe finden. Wie jede Verletzung, die das Rückenmark trifft, zunächst die Blutverteilung im ganzen Rückenmark stört, tut es eine begrenzte Verletzung in den ihr benachbarten Teilen des Rückenmarks mit dem Erfolge progressiver Gefäßobliteration und Nekrose, die ihrerseits progressive Funktionsstörungen bewirkt.

Das Zusammentreffen von Hypertrophie, Hyperplasie und Pseudohypertrophie des Gehirns einer 38jährigen Frau beschreibt *Marburg* (60). Es fand sich Hypertrophie

des ganzen Hirnstammes sowohl der Fasern wie der Zellen, rechts stärker als links, Hyperplasie des nervösen Parenchyms, besonders des interstitiellen Gewebes, das sich namentlich im Pons und Thalamus rechts zu tumorartigen Wucherungen verdichtete. Die Wucherung griff auf die angrenzende Pia und die Gefäße über mit Neubildung dünnwandiger, leicht berstender Gefäße. Die Infiltration erstreckte sich auch auf die Hirnnerven, am deutlichsten auf N. oculomot. und opticus. Die Tumormasse, in der sich durch Gefäßverschluß eigenartige Zysten gebildet hatten, war ein zellenreiches Gliom. Das Zusammentreffen dieses Befundes mit einer fast adenomartigen Vergrößerung der Zirbeldrüse sei mehr als Zufall. Man könne sich denken, daß die hypertrophische Drüse, die im frühesten Leben zur Wachstumssteigerung des ganzen Gehirns Anlaß gab, infolge einer Verschiebung der Wachstumswiderstände auch postembryonal wirkte, indessen sei der Einfluß der Drüse zunächst noch ein hypothetischer, solange wir noch nicht wissen, ob die Zirbel allein oder mit anderen Drüsen, ob Ausfall oder Übermaß der Drüsenfunktion wirksam sind.

In zwei von *Tucker* (129) mitgeteilten Fällen von habitueller Luxation des Bulbus bei Exophthalmos lag im ersten wahrscheinlich ein Gumma cer. vor, das sich unter spezifischer Behandlung besserte, im zweiten *Basedow*sche Krankheit.

Aus vergleichenden Untersuchungen an Säugetieren stellt *Biach* (4) fest, daß die Grundform des Zentralkanals bei ihnen elliptisch ist, aber ausnahmsweise Spaltform oder rundlicher Form sich nähert, wie beim Pferd, oder nach dem sakralen Ende rundlich wird, wie bei den Ungulaten überhaupt. Bei Gerbillus fand sich Verdoppelung. Abweichung von der im allgemeinen zentralen Lage zeigen die Chiropteren. Bei vielen Tieren (Affe, Hund, Schwein, Seehund u. a.) war im Zentralkanal ein rundes homogenes, gelegentlich ein stark lichtbrechendes Pünktchen enthaltendes Gebilde zu sehen, das wohl mit dem *Reisner*schen Faden zu identifizieren ist. Bei den Natantia zeigte sich der spaltförmige Kanal so eng, daß die Existenz eines Lumens fast zweifelhaft ist. Auch Ependym und Substantia gelatinosa werden eingehend besprochen, allerdings waren die Präparate für die Erkennung dieser Strukturen schlecht geeignet.

Voltz (131) erklärt in seiner kleinen entwicklungsgeschichtlichen Studie, wie er vorausschickt, aus theoretischer Kombination, die bisherige *Reichert*sche Lehre, daß das For. Monroi definiticum ein Überrest des For. Monroi primitivum sei, für irrtümlich, letzteres schließe sich im Lauf der Entwicklung vollständig, ersteres liege außerhalb der Ventrikel, sei kein For. interventriculare und vom primitiven durchaus verschieden. Dementsprechend sei der im Bereich des primitiven Foramens existierende und verschwindende gedoppelte Choroidealplexus als selbständige Bildung gesondert vom sog. Plexus ventricul. lateral. zu betrachten.

In seinem groß angelegten Werke über das Cerebellum der Säugetiere bricht *Bolk* (6) mit dem Herkommen, vom menschlichen Kleinhirn auszugehen, dessen Bau und Einteilung an sich streitig ist, ein Weg, den schon *Gratiolet* für falsch erklärt hat. Auch die geltende Vorstellung, daß das Cerebellum aus zwei Hemisphären und einem Wurme aufgebaut ist, [illegible] fallen und legt seiner Arbeit den Plan zugrunde, zunächst die Besch[illegible] (Lemur albifrons) zu geben, an dem der Bautypus d[illegible] liegt, um daran



den vergleichenden Teil anzuschließen, in welchem die verschiedenen Abweichungen und Umgestaltungen des Cerebellum der Reihe nach besprochen werden. Danach gibt sich eine überraschende Korrelation der Lokalisierung des Kleinhirns mit seiner eine Reihe von teils paarigen, teils unpaarigen Koordinationszentren enthaltenden Rindenfunktion in der Weise, daß der Lob. ant. die Koordinationszentren für die Muskelgruppen des Kopfes inklusive des Larynx und Pharynx, der Lob. simplex die Zentren für den Hals, der obere Teil des Lob. med. post. das unpaarige Zentrum für die beiderseitigen Extremitäten enthält, in jedem Lob. ansiform. und paramed. eines der paarigen Zentren für die beiden Extremitäten, in dem restierenden Teil die Zentren für die Rumpfmuskulatur zu finden sind.

Zabriskie (141) konstatierte in zwei Fällen von Fazialislähmung von dreimonatiger Dauer im äußeren vorderen Ende des Nukleus eine kleine Gruppe multipolarer Zellen, die an den schweren Veränderungen im übrigen nicht teilhatten. Gehört sie zum Fazialiskern, so kann man entweder Ursprungszellen für gekreuzte Fasern in ihr sehen oder sie der Zellgruppe gleich stellen, die von *Parhou* und *Goldstein* bei der Henne als Kern für die Musc. stylohyoid. und andre Halsmuskeln bezeichnet worden ist. Indessen befriedigt beides nicht, und die wahre Bedeutung der Gruppe bleibt ungewiß.

Collins und *Zabriskic* (19) geben einen kritischen Bericht über den gegenwärtigen Stand der Neuronfrage. Sie fordern von den Gegnern der Theorie den Beweis, daß ein sensorischer zentripetaler Reiz auf eine motorische zentrifugale Bahn ohne Vermittelung einer Ganglienzelle übergeht. Diesen Beweis führt *Pflüger* (91) in seiner gründlichen, oft durch eine frische Polemik gewürzten Abhandlung über den elementaren Bau des Nervensystems, die in folgendem Ergebnis endigt: „das gesamte Nervensystem mit den unter seiner unmittelbaren Herrschaft stehenden Organen stellt ein unteilbares System dar, ein Individuum, und besteht nicht aus einer Vielheit getrennter Einzelwesen. Will man das hier Wesentliche durch ein Bild veranschaulichen, so ist das Nervensystem mit Einschluß seiner Endorgane einer Stahlglocke vergleichbar und nicht einem Haufen Stahlstaub, der durch Pulverisation der Glocke hergestellt worden ist“. Ein Auszug der Arbeit kann der scharfsinnigen Beweisführung nicht gerecht werden und dem, der den Streit verfolgt, das Original nicht ersetzen. Es sei nur noch bemerkt, daß *Pflüger* auch die Auffassung des Neurons als eine trophische Einheit nicht als berechtigt anerkennt.

In dem vorliegenden ersten Teil seiner Untersuchungen über den zelligen Aufbau der Nervenfaser behandelt *Reich* (95) die für das Nervenmark spezifischen chemischen Bestandteile Cholesterin, Lezithin, Protagon, Zerebrin und Neurokeratin, deren Darstellungsweise und den mikrochemischen und färberischen Nachweis der Myelinstoffe. Das Neuromucin *Unnas* läßt er als besonderen Stoff neben den genannten nicht gelten und hebt als wichtigstes Ergebnis hervor die Entdeckung der metachromatischen Färbung (*Ehrlich*) des Protagons, durch die zunächst theoretisch erwiesen sei, daß sich metachromatische Färbung durch Thionin und ähnliche Farbstoffe nicht auf die albuminoiden Stoffe wie Schleim, Knorpel, Amyloid beschränkt, sondern, allerdings in anderer Nuance auch Stoffen zukommt, die in

ein ganz anderes Gebiet der Chemie gehören. Ein Teil des Gewinns, das Protagon nunmehr der mikroskopischen Darstellung zugänglich zu machen, ist der Nachweis, daß das Mark bei entzündlichen resp. degenerativen Prozessen in zwei Bestandteile zerfällt, von denen der eine dem Lezithin, der andere dem Protagon zu entsprechen scheint. Das stellt die Möglichkeit in Aussicht, künftig die Darstellung des Protagons anstatt des Fettes zum Nachweise der Degeneration benutzen zu können.

d) Psychosen bei diffusen Gehirnerkrankungen.

Walton (132) plädiert dafür, aus dem weiten Gebiet der Psychoneurosen die mit dem Charakter des Zwanges ausgestatteten Zustände als „obsessive Psychose" zu sammeln, statt sie unter Neurasthenie, Hypochondrie, Folie du doute, tu convulsif, habituelle Chorea, manisch-depressives Irresein und Hysterie zu zersplittern. Er verspricht sich davon Vorteile für die Behandlung, einheitliche Auffassung und Ausschaltung von reinen Erschöpfungszuständen aus dem verschwommenen Begriff der Psychasthenie und Neurasthenie.

Was *Schwab* (110) beabsichtigt, ist nicht recht klar. Einseitig gewordene und egozentrisch erstarrte Geisteskranke gewisser Formen damit zu behandeln, daß man sie zur rechten Zeit wieder den Aufgaben der Gesellschaft und des Lebens gegenüberstellt, hat stets zur individualisierenden Kunst des Psychiaters gehört. Allgemein gültige Regeln lassen sich daraus nicht formen.

Die Klage, daß die Schule die Kinder überbürdet, hält *Sachs* (103) für nicht gerechtfertigt, die Schuld an der Nervosität der Kinder trage vielfach die Familie. Geistig defekte Kinder gehörten in besondere Schulen, deren Bezeichnung Ausdrücke wie „für Schwachsinnige", „Idioten" vermeiden sollte.

Ad. Meyer (71) macht für die Organisation der Fürsorge für entlassene Kranke Vorschläge, an die in Deutschland nicht zu denken ist. Stellt doch der Staat New York für jeden Bedürftigen bis zu 100 M. zur Verfügung.

Mitchells Fall (74) von hysterischer Stummheit nach Anfahren mit dem Kopf gegen eine Starkstromleitung ist auch für die Unfallsheilkunde von Interesse. Die Stummheit, auch für Flüstersprache, bestand etwa ein Jahr und schwand plötzlich im Anschluß an dramatisch inszenierte Krampfanfälle. Anfangs sprach der 23 jährige Heizer noch laut im Schlafe, später erzielte weder Störung im Schlaf, noch Hypnose noch Narkose ein Wort. Entschädigungsansprüche haben anscheinend nicht zugrunde gelegen. Über die unmittelbaren und späteren Unfallsfolgen machte Patient (schriftlich) übertriebene Angaben.

Patrick (88) wendet sich gegen die Auffassung der Fugues als eines in der Regel oder ausschließlich epileptischen Symptoms und betont unter Mitteilung mehrerer recht interessanter Fälle die hysterische Natur dieser Zustände.

Moyer (81) bespricht, ohne die im Titel gestellte Frage von neuen Gesichtspunkten aus zu behandeln, zwei Fälle sadistischer Frauen[illegible] mit gleichzeitigen sexuellen Manipulationen schwer mißhand[illegible] starb infolge der Verletzungen.

Munson (82) glaubt in seiner Übersicht über die [illegible]

die Frage, ob Epilepsie eine Krankheit metabolischer Herkunft sei, bejahen zu können und hofft Entscheidung von der Zukunft.

Myoclonus multipl. bei Epileptikern hat *Shahznan* (114) in etwa 3 ‰ beobachtet (4 Männer, 3 Frauen). In den von ihm beschriebenen zwei Fällen trat die Erscheinung im mittleren Lebensalter zu langjähriger Epilepsie, war im allgemeinen unabhängig von den epileptischen Anfällen, trat aber periodisch verstärkt auf, zunächst in einzelnen Muskeln oder Muskelgruppen und verallgemeinerte sich im Laufe der Jahre.

Zur Erklärung der Hirnschädigung durch toxische Ursachen zieht *Mott* (79) die Befunde nach Unterbindung der Gefäße heran. Wird die Blutzufuhr zu den Rindenbezirken rechtzeitig wiederhergestellt oder durch Kollateralen übernommen, so kann vollkommene Rückkehr ihrer Funktionen eintreten. So mögen transitorische Aphasie und andere flüchtige Zustände bei syphilitischer Endarteriitis zu erklären sein wie bei Dementia paralytica, wo an den Rindenzellen ähnliche ödematöse Schwellung zu finden ist wie im Gehirn der Versuchstiere, während andere Zellen die irreparablen nekrobiotischen Veränderungen aufweisen, die sich beim dauernd anämisierten Tiergehirn finden.

Claude und *Chartier* (15) berichten den Fall eines überangestrengten schwächlichen Mädchens, das 8 Tage nach fieberhafter Krankheit (Influenza?) totale Lähmung aller Glieder, des Rumpfes und Nackens darbot, die langsam zurückging. Die Diagnose auf Polyneuritis und ihre Beziehungen zur *Landry*schen Paralyse und Poliomyelitis werden besprochen.

In *Stevens* (124) Fall wurde eine seit 8 Monaten bestehende Involutionsmelancholie im Anschluß an eine Episode heftiger Kopf- und Rückenschmerzen für etwa 6 Wochen durch einen Zustand unterbrochen, der alle Merkmale der *Korsakoff*schen Psychose zeigte und dem bisherigen melancholischen Bilde wieder Platz machte. Allerdings haben außer mäßiger Muskelschwäche neuritische Symptome nicht bestanden.

Aus dem Hirnbefunde eines frisch erkrankten jungen Katatonikers (früher intelligenter Handwerker) hebt *Mott* (80) die Veränderungen an den *Betz*schen Zellen hervor und Proliferation junger Neurogliazellen in den tieferen Schichten. Im Sektionsprotokoll findet sich die merkwürdige Angabe: „allgemeiner Habitus imbezill."

Salager (105) verneint die ätiologische Bedeutung der Syphilis für das Zustandekommen anderer Psychosen als der auf zerebraler Lues beruhenden. Von seinem Material Geisteskranker mit früherer Lues gehörte zu letzteren bei weitem der größte Teil, bei dem Reste waren Alkoholismus und andere Noxen als Ursache anzusehen.

Meyer (70) untersuchte 74 syphilitisch Infizierte auf ihren nervösen Zustand speziell die „syphilitische Neurasthenie" im Sinne *Jollys*. 12 von ihnen waren tertiär, 1 gehörte dem primären Stadium, 61 dem exanthematisch-papulösen Stadium an. Von den 61 Kranken klagten nur 3 über erworbene nervöse Beschwerden, bei 9 bestand schon vorher Nervosität, vorwiegend als Hysterie, bei den nicht subjektiv nervösen Kranken zeigte sich in nahezu der Hälfte Steigerung der all-

gemeinen nervösen Erregbarkeit (Tremor, Steigerung der Reflexe), doch war bei ihnen teils Potus, teils die Wirkung der Quecksilberbehandlung zu berücksichtigen, bei 5 ließ sich ein organisches Nervenleiden vermuten. Eigentliche „syphilitische Neurasthenie" fand sich nicht. Von den tertiär Syphilitischen zeigten 3 subjektive Nervosität, 4 nicht subjektiv Nervöse waren organischer Erkrankung verdächtig. Wenn die Lumbalpunktion auch Lymphocytose wechselnden Grades erwies, war ihr Zusammenhang mit nervösen Beschwerden nicht erkennbar. Dies spricht dagegen, Lymphocytose bei Nervenkrankheiten Syphilitischer einfach als syphilogen aufzufassen.

In seiner Studie der Zerebrospinalflüssigkeit bei Geisteskranken kommt *Henckel* (46) zu dem Ergebnis, daß sich regelmäßig Zellvermehrung, Serumalbumin und vermehrtes Serumglobulin findet bei progressiver Paralyse, Tabes, Lues cerebri und cerebrospin., Meningitis der verschiedenstenFormen, konstant aber geringer auch bei Tumor cerebri und Myelitis. Bei dieser war die starke Eiweißvermehrung gegenüber der geringen Zellenzahl auffällig. Für das wechselnde Verhalten bei Arteriosklerose, multipler Sklerose und Syringomyelie war vielleicht der Sitz der Herde maßgebend. Negativ war der Befund bei zer. Kindeslähmung und allen funktionellen Erkrankungen, anscheinend überwogen bei akuten Prozessen mehrkernige, bei chronischen einkernige Elemente.

Esposito (30) beschäftigt sich mit dem Mechanismus der Vernichtung der nervösen Elemente. Nach ihm ist der normale Vorgang Cytolyse, wahrscheinlich durch eine spezifische Sekretion der Neuroglia oder eine autochthone Substanz des Neurons selbst, Neuronophagie kommt nur unter bestimmten Bedingungen wie Abszedierung und Hämorrhagien vor. Daß die Auflösung durch Druck der Neuroglia bewirkt wird, ist nicht erwiesen und ereignet sich wahrscheinlich nur bei intensiver Gliose. Die Annahme einer Neuronaphagie im Sinne eines aktiven Angriffs der Glia ist nicht haltbar und damit auch die Einteilung in primäre und sekundäre Neurogliose.

Spielmeyer (121) sah bei Hunden, die mit Trypanosoma-Brucei (Tsetse Tryp.) infiziert wurden, Faserdegenerationen im Opticus, die den Erkrankungen der hinteren Rückenmarkswurzeln und der sensiblen Trigeniumswurzel bei diesen Tsetse-Hunden analog sind. Damit ist erwiesen, daß die Tsetseinfektion bei Hunden degenerative Veränderungen im Zentralnervensystem erzeugen kann, die denen bei postsyphilitischer Tabes des Menschen prinzipiell gleich sind.

In dem Falle *Pachantonis* (86) handelt es sich um einen Kranken, der kurz nach der syphilitischen Infektion etwa ein Jahr lang merkuriell behandelt wurde und plötzlich unter den Erscheinungen einesDelirium acutum starb. Das Gehirn wog infolge von Ödem 1690 g. Hieraus wird das Delirium bezogen und die Ursache des Ödems in chronisch entzündlichen meningitischen Veränderungen gesehen, deren Natur zweifelhaft bleibt.

Jahrmärker (53) berichtet über zwei Fälle von Durh[illegible] über die Erscheinungen, auf welche sich dessen Diagnose wäh[illegible]

Der 16 jährige Kranke von *Siredey* und *Tinel* ([illegible] der Meningitis. Es fand sich indessen nur diffuse I[illegible]

Leukocyten, die stellenweise in großen Haufen gruppiert waren, und mit zahlreichen Tuberkelbazillen, aber keine Tuberkelknötchen.

In einem Falle von halbseitiger Paralysis agitans mit Erblindung durch Sehnervenatrophie und amnestischer Demenz sehen *A. Marie* und *Scrini* (67) nicht ein Zusammentreffen von Erkrankungen, sondern ein Syndrom, das gegen die Auffassung der Paralysis agitans als einer Erkrankung sine materia spricht. Indessen scheint es nach der Beschreibung nicht so wie Verff. behaupten, ausgeschlossen zu sein, daß eine sich motorisch einseitig äußernde multiple Sklerose vorliegt.

Ein von *Bonfigli* (7) mitgeteilter Fall von *Huntingdon*scher Chorea weicht in manchen Punkten von der Regel ab. Erbliche Anlage fehlte, doch war Tuberkulose in der sehr gliederarmen Familie. Der Beginn zeichnete sich durch starke Steigerung der Libido aus, der Verlauf war kürzer als gewöhnlich (7 Jahre), Sprachbehinderung trat erst spät zu den Symptomen, die Reflexe waren abgeschwächt statt wie sonst gesteigert. Der eingehend beschriebene anatomische Befund lieferte den paralytischen analoge Veränderungen, unterschied sich aber von ihnen durch das Fehlen von Plasmazellen.

Nonne (84) fügt zwei weitere Beobachtungen zu seinen bisher veröffentlichten Fällen von reiner Pyramidenstrang-Degeneration mit Sektionsbefund. Im zweiten Falle beschränkte sie sich auf symmetrische und systematische Degeneration des Pyramidenstrangs mit leichter Leptomeningitis spin. post. bei intaktem Gehirn, im ersten bestand außerdem Randdegeneration, auf deren Rechnung *N.* eine geringe Beteiligung der Kleinhirnseitenstränge setzt. In beiden Fällen war Lues nachgewiesen.

Eastman (28) berichtet 6 Fälle von Kopftetanus, ohne sonst Neues zu bringen.

Die von *Browning* (8) mitgeteilten Fälle von progr. Muskelatrophie betrafen mehr oder minder nahe Verwandte. Sie stellen sich durch das späte Erkrankungsalter (50.—60. Jahr), Steigerung der Reflexe, Beginn einiger an den unteren Extremitäten, Asymmetrie der Symptome und raschen Verlauf nicht als ganz reine Fälle dar

Br. macht darauf aufmerksam, daß Arsenik in flüssiger Form wahrscheinlich durch Zersetzung oft weniger wirksam ist als in fester.

Ingbert (55) berichtet den klinischen und anatomischen Befund eines Falles von pseudohypertrophischer Muskelatrophie eines Zwanzigjährigen, der an Typhus starb. Aus dem Befund schließt *I.*, daß der primäre Sitz in den Muskeln zu suchen sei, die Veränderungen im Rückenmark und den spinalen Wurzeln sekundär seien.

Der erste der von *Spiller* (122) mitgeteilten Fälle von neurotischer progr. Muskelatrophie entspricht bis auf Fehlen von familiärem Typus, Entstehung erst im 15. Jahre und Sehnenkontraktion dem typischen Bilde. Im zweiten machte die Beteiligung der Oberschenkel und Oberarme, sowie der Rumpfmuskulatur die Diagnose im Leben zweifelhaft, indessen zeigte die mikroskopische Untersuchung normales zentrales und peripherisches Nervensystem, aber Atrophie und Schwund der Muskelfasern.

Levi (59) liefert an der Hand einiger prägnanter Fälle einen Beitrag zur unistischen Auffassung der Formen der progr. Muskelatrophie, zwischen denen unter sich und anderweitigen Systemerkrankungen auf hereditär-degenerativer Basis flüssige Übergänge statthaben.

---

5. Anstaltswesen und Statistik.

Ref.: Hans Schroeder-Lüneburg.

I. Allgemeines.

1. *Alt, Konrad*, Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902. Verlag von C. Marhold-Halle 1907. (S. 225*.)
2. *Chotzen, F.*, Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, IX. Jahrg. 1907, Nr. 11. S. 85. (S. 228*.)
3. *Collet*, Sur les évasions des aliénés. Lyon 1907. (S. 226*.)
4. *Collet*, Les évadés à l'intérieur. Revue de psychiatrie 13. XI. No. 1. (S. 226*.)
5. *Deutsch, E.*, Zur Anstaltsarztfrage. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, IX. Jahrgang. Nr. 15. S. 120. (S. 228*.)
6. *Easterbrook*, The new hospital at Ayr asylum, The journal of mental science. July 1907. (S. 226*.)
7. *Ennen, E.*, Zur Ärztefrage. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, IX. Jahrgang 1907. Nr. 18. S. 146. (S. 228*.)
8. *Fischer, M.*, Die Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, IX. Jahrgang. Nr. 1 u. 2. (S. 226*).
9. *Groeschel, K.*, Zur Frage des ärztlichen Nachwuchses für Irrenanstalten. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, IX. Jahrgang. Nr. 25. S. 202. (S. 228*.)
10. *Halberstadt*, La réforme de la loi sur les aliénés. Annales d'hygiène publique et de médecine 13. VII Avril. (S. 226*.)
11. *Hedinger, J.*, Irrenfragen in Laienbeleuchtung. Kommissionsverlag Rascher & Cie., Zürich. (S. 227*.)
12. *Hopf, R.*, Der Ärztemangel an Irrenanstalten. Ps[illegible] neurologische Wochenschrift. IX. Jahrgang 19[illegible] S. 136. (S. 228*.)

13. *Kerris, E.*, Zur Debatte über die Ärztefrage. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. IX. Jahrgang. 1907 Nr. 16. S. 127. (S. 228*.)

14. *Kolb, G.*, Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. Verlag von C. Marhold-Halle. (S. 227*.)

15. *Laehr, H.*, Die Anstalten für Psychisch-Kranke. Druck und Verlag von Georg Reimer-Berlin 1907. (S. 227*.)

16. *Meeus*, La loi sur l'assistance des aliénés, son histoire et ses résultats. Genf 1907. (S. 228*.)

17. *Moreira*, L'assistance des aliénés au Brésil. Bologna 1907. (S. 228*.)

18. *Sandner, Fr.*, Der ärztliche Nachwuchs für Irrenanstalten. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. IX. Jahrgang 1907. Nr. 15. S. 121. (S. 228*.)

19. *Schlöss, A.*, Die n.-ö. Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof" in Wien. Wiener klinische Rundschau 1907. Nr. 40. (S. 228*.)

20. *Schlöss, H.*, Die Organisation des ärztlichen Dienstes in den nieder-österreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke „am Steinhof". Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, IX. Jahrgang. Nr. 27-28. (S. 229*.)

21. *Spliedt, W.*, Über die Wünsche des ärztlichen Nachwuchses. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift. IX. Jahrgang 1907. Nr. 31. S. 277. (S. 228*.)

22. *Vocke, Fr.*, Der ärztliche Nachwuchs für psychiatrische Anstalten. Psychiatrisch-neurologische Wochsnschrift. IX. Jahrgang 1907. Nr. 13. S. 101. (S. 228*.)

II. Anstaltsberichte.

23. „Am Steinhof" in Wien, niederösterreichische Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenkranke. Festnummer der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift aus Anlaß der Eröffnung dieser Anstalten am 8. Oktober 1907. (S. 229*.)

24. Ansbach, Kreisirrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Herfeldt*. (S. 245*.)

25. Ahrweiler, Sanatorium für Nerven- und Gemütskranke von Dr. *von Ehrenwall.* (S. 245*.)
26. Allenberg, Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Dubbers.* (S. 230*.)
27. Bayreuth, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Med.-Rat Dr. *Kraußold.* (S. 245*.)
28. Brandenburgischer Hilfsverein für Geisteskranke. Bericht pro 1906. (S. 259*.)
29. Breslau, Städtisches Irrenhaus. Bericht pro 1906. Dir.: Primärarzt Dr. *Hahn.* (S. 234*.)
30. Buch, Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr *Richter.* (S. 232*.)
31. Bunzlau, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Neisser.* (S. 235*.)
32. Burghölzli, Zürcherische kantonale Irrenheilanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Bleuler.* (S. 254*.)
33. Cery, rapport annuel de l'asile de Cery 1906. (S. 257*).
34. Conradstein, westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat D. *Kroemer.* (S. 230*.)
35. Dalldorf, Irren- und Idiotenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Sander.* (S. 231*.)
36. Dösen, Städtische Heilanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Ob.-Med.-Rat Dr. *Lehmann.* (S. 248*.)
37. Dziekanka, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Kayser.* (S. 233*.)
38. Eglfing, Oberbayrische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Vocke.* (S. 245*.)
39. Eichberg, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *R. Snell.* (S. 242*.)
40. Ellen, St. Jürgen-Asyl für Geistes- und Nervenkranke der freien Hansestadt Bremen. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Delbrück.* (S. 252*.)
41. Emmendingen, Großherzoglich-Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. *Haardt.* (S. 249*.)
42. Feldhof, steiermärkische I[illegible] Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 19[illegible] *[illegible]erz.* (S. 253*.)

43. Freiburg i. B., Großherzoglich-Badische Psychiatrische Klinik. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Hoche*. (S. 249*.)
44. Freiburg i. Schl., Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Buttenberg*. (S. 235*.)
45. Friedmatt, kantonale Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Wolff*. (S. 254*.)
46. Friedrichsberg, Irren-Heil- und Pflegeanstalt des Hamburgischen Staates. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Reye*. (S. 252*.)
47. Gabersee, Kreisirrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Dees*. (S. 246*.)
48. Gehlsheim, Großherzoglich-Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei Rostock. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Schuchardt*. (S. 251*.)
49. Genf, Rapport de la maison cantonale des aliénés pour l'année 1906. (S. 257*.)
50. Göttingen, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat Professor Dr. *Cramer*. (S. 238*.)
51. Haus Schönow, Heilstätte für Nervenkranke in Zehlendorf bei Berlin. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *M. Laehr*. (S. 233*.)
52. Heidelberg, Psychiatrische Klinik. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Nissl*. (S. 250*.)
53. Herzberge in Lichtenberg bei Berlin, Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Moeli*. (S. 232*.)
54. Hessischer Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen. Jahresbericht 1906-1907. (S. 259*.)
55. Hildesheim, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Gerstenberg*. (S. 238*.)
56. Illenau, Großherzoglich-Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geheimrat Dr. *Schüle*. (S. 250*.)
57. Johannisthal, rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Druck von J. P. Bachem-Köln. (S. 244*.)
58. Kaufbeuren, Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906 Dir.: Dr. *Prinzing*. (S. 246*.)
59. Königsfelden (Aargau), Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Frölich*. (S. 255*.)

60. Kosten, Provinzial-Irren- und Idiotenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Dluhosch.* (S. 233*.)

61. Kortau, Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Stoltenhoff.* (S. 230*.)

62. Kutzenberg, Oberfränkische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Kolb.* (S. 246*.)

63. Landsberg a. W., Brandenburgische Landesirrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Gock.* (S. 233*.)

64. Langenhagen, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Völker.* (S. 239*.)

65. Langenhorn, Irren-Heil- und Pflegeanstalt des Hamburgischen Staates. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Neuberger.* (S. 252*.)

66. Leubus, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906-07. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Alter.* (S. 236*.)

67. Lübeck, Staats-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. (Dir.: Dr. *Wattenberg.* (S. 252*.)

68. Lüneburg, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *O. Snell.* (S. 239*.)

69. München, Jahresbericht über die kgl. Psychiatrische Klinik pro 1904 und 1905. J. F. Lehmanns Verlag 1907. (S. 247*.)

70. Münsterlingen, Thurgauische Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Brauchli.* (S. 256*.)

71. Neustadt in Holstein, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Dabelstein.* (S. 237*.)

72. Neustadt, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Rabbas.* (S. 231*.)

73. Niedernhart, Oberösterreichische Landes-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Schnopfhagen.* (S. 253*.)

74. Obrawalde, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Scholz.* (S. 234*.)

75. Osnabrück, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Schneider.* (S. 239*.)

76. Owinsk, Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Werner.* (S. 234*.)

77. Pforzheim, Großherzoglich-Badische Heil[illegible]alt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. Med.-Rat Dr. [illegible])

78. P i r m i n s b e r g St., Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Haeberlin.* (S. 255*.)
79. P r é f a r g i e r, Maison de santé, 58me rapport annuel. Dir.: Dr. *Dardel.* (S. 257*.)
80. R h e i n a u, Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Ris.* (S. 256*.)
81. R h e i n p r o v i n z, Bericht über die Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten. Rechnungsjahr 1906-1907. (S. 243*).
82. R o c k w i n k e l bei Bremen, Privat-Heil- und Pflegeanstalt für Nervenleidende und Geisteskranke. Bes.: Dr. H. *Engelken.* (S. 252*.)
83. R o d a, Herzogliches Genesungshaus, Irren-Heil- und Pflegeanstalt für Sachsen-Altenburg. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Schaefer.* (S. 252*.)
84. R y b n i k, Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Zander.* (S. 236*.)
85. S a a r g e m ü n d, Lothringische Bezirks-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Dittmar.* (S. 253.)
86. S a c h s e n, Königreich, Das Irrenwesen im Jahre 1905. Verlag von F. C. W. Vogel-Leipzig 1907. (S. 247*).
87. S a c h s e n b e r g, Großherzoglich-Mecklenburgische Irren-Heil- und Pflegeanstalt bei Schwerin i. M. Bericht pro 1906. Dir.: Obermedizinalrat Dr. *Matusch.* (S. 251*.)
88. S c h l e s w i g, Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *Kirchhoff.* (S. 237*.)
89. S c h w e t z, Westpreußische Provinzial-Irrenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: San.-Rat Dr. *Schauen.* (S. 231*.)
90. S c o t l a n d, Forty-ninth annual raport of the general board of commissioners in lunacy for Scotland 1906. (S. 257*.)
91. S i g m a r i n g e n, Fürst-Karl-Landesspital. Bericht pro 1906 bis 1907. Dir.: Geh. San.-Rat Dr. *Bilharz.* (S. 251*.)
92. S o n n e n h a l d e, Heilanstalt für weibliche Gemütskranke bei Riehen. Bericht 1. IX. 06 bis 31. VIII. 07. (Dir.: Dr. *Bach*). (S. 256*.)
93. S t e p h a n s f e l d - H ö r d t, Vereinigte elsässische Bezirks-Irrenanstalten. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Ransohoff.* (S. 252*.)

94. Tannenhof, Heil- und Pflegeanstalt bei Lüttringhausen im Rheinland. Bericht pro 1906-1907. Dir.: Dr. *Beelitz*. (S. 245*.)

95. Tapiau, Landespflegeanstalt. Bericht pro 1906. (S. 230*.)

96. Tost (Oberschlesien), Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Schubert*. (S. 236*.)

97. Ungarns Irrenwesen im Jahre 1906. Budapest 1907. (S. 253*.)

98. Waldau, Münsingen und Bellelay, Bernische kantonale Irrenanstalten. Bericht pro 1906. Dir.: Prof. Dr. *v. Speyer*, Dr. *Glaser*, Dr. *Hiß*. (S. 254*.)

99. Waldhaus, Kantonale Irren- und Krankenanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Jörger*. (S. 256*.)

100. Wehnen, Großherzoglich-Oldenburgische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Med.-Rat Dr. *Brümmer*. (S. 251*.)

101. Weilmünster, Landes-Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Lantzius-Beninga*. (S. 242*.)

102. Westfalen, Berichte der Direktoren der Provinzialheilanstalten für das Geschäftsjahr 1905. Münster 1907. (S. 240*.)

103. Wiesloch, Großherzoglich-Badische Heil- und Pflegeanstalt. Bericht pro 1906. Dir.: Med.-Rat Dr. *Fischer*. (S. 251*.)

104. Wil, Kantonales Asyl. Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Schiller*. (S. 255*.)

105. Württemberg, Bericht über die im Königreich bestehenden Staats- und Privatanstalten für Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptische pro 1905. Herausgegeben vom Kgl. Medizinalkollegium. Stuttgart 1907. Druck von W. Kohlhammer. (S. 249*.)

106. Wuhlgarten, Bericht pro 1906. Dir.: Dr. *Hebold*. (S. 232*.)

107. Zihlschlacht, Sanatorium „Friedheim". Bericht 1905-06. Dir.: Dr. *F. Krayenbühl*. (S. 256*.)

Auf dem internationalen psychiatrischen Kongreß in Mailand am 26. September 1906 hat *Alt* (1) im Auftrage des Zentralkomitees das Referat über die Weiterentwicklung der familiären Verpflegung der Kranksinnigen in Deutschland seit 1902 erstattet. Die vorliegende bei Marhold erschienene Schrift enthält das Referat. *Alt*, der beste Kenner der Familienpflege in Deutschland, schildert darin in der ihm eigenen glänzenden, fesselnden Weise den gewaltigen Aufschwung, den

die Familienpflege in Deutschland und hier besonders in der Provinz Sachsen genommen hat. Seit Antwerpen hat sich die Zahl der kranksinnigen Familienpfleglinge verdoppelt und beträgt jetzt rund 2400; in der Provinz Sachsen ist sie im Laufe der letzten 10 Jahre von 0 auf 475 gestiegen. *Alt* wiederholt seine in Antwerpen mit großer Majorität angenommenen Leitsätze. Die glänzende Entwicklung der deutschen Familienpflege, so schließt er, beweist, welch bedeutender Ausbau der freiesten, natürlichsten und billigsten Verpflegungsform auf diesen sicheren Grundpfeilern möglich ist.

Collet (3) erörtert im Anschluß an eine Statistik über die von 1901—1905 in der Irrenanstalt Vaucluse vorgekommenen Entweichungen folgende Punkte: 1. Zahl der Entweichungen; 2. Folgen; 3. Jahreszeit; 4. Tageszeit; 5. nähere Umstände; 6. Dauer des Anstaltsaufenthaltes; 7. Krankheitsform der Entwichenen; 8. Kollektiventweichungen. — Hier sei nur erwähnt, daß bei den 721 durchschnittlich verpflegten Kranken im Jahr durchschnittlich 18,8 Entweichungen und 39,5 Entweichungsversuche vorgekommen waren, auf 100 verpflegte Kranke 2,6 Entweichungen. Von den 94 entwichenen Kranken sind 32 nicht mehr zurückgebracht worden. Von diesen konnten 21 nach dem ärztlichen Gutachten zu Hause gelassen werden. Unter den Entwichenen waren besonders viele Fälle von früher bestraften oder an Moral insanity leidenden Kranken vertreten. (*Ganter.*)

Collet (4) bringt zwei Fälle von Entweichungen. Ein an Verfolgungsideen leidender Kranker hatte sich auf dem Heuboden der Ökonomie 28 Tage lang versteckt gehalten. Eine melancholische Kranke war in einen Luftschacht gekrochen und wurde dort tot gefunden. (*Ganter.*)

Easterbrook (6) beschreibt den nach dem Cottage system errichteten Neubau mit Aufnahme- und Wachsaal und einer Abteilung für körperlich Kranke. (*Ganter.*)

Nachdem die badischen Stände 1902 die Regierungsvorlagen auf Errichtung zweier neuer Landes-Heil- und Pflegeanstalten einmütig angenommen, wurden zunächst die Vorbereitungen für die mit etwa 1000 Plätzen auszustattende Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch (8) in Angriff genommen. Die gesamten Baukosten mit Landerwerb betragen 5 749 291 M., d. i. rund 6000 M. pro Bett. Der Kostenanschlag sieht 26 Krankenhäuser neben den Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäuden, Beamtenwohnhäusern und dem Fernheizwerk vor. An der Hand eines Lageplans wird ein klarer Überblick über die im Entstehen begriffene sechste badische Heil- und Pflegeanstalt gegeben. Interessant sind die Ausführungen über die Zunahme der Anstaltspfleglinge in sämtlichen badischen Anstalten. 1870—1879 hat die Zahl der Anstaltspfleglinge um 165 zugenommen, 1880—1889 um 440, 1890—1899 um 826, 1900—1906 um 939. Der jährliche Zuwachs an Anstaltspfleglingen hat in den letzten 6 Jahren 157 betragen. Er steht in keinem Verhältnis zum Bevölkerungszuwachs, dieser würde für sich allein nur eine Zunahme von etwa 60 pro Jahr bedingen. Mit einer „Sättigung“ im Bedarf an Anstaltsplätzen rechnet *Fischer* ebenso wie *Vocke* erst dann, wenn der Prozentsatz von drei Anstaltsplätzen auf 1000 Einwohner erreicht ist.

Halberstadt (10) bespricht die Verbesserungen, die der Gesetzentwurf von *Dubief* gegenüber dem Irrengesetz von 1838 bringt, und zwar nach dreierlei Rich-

tungen: 1. in bezug auf die Aufnahme und die Verhütung der Freiheitsberaubung; 2. in bezug auf die Wahrung der Interessen des Kranken; 3. in bezug auf die Verpflegung. Ad 1. Die Aufnahme wird durch den Präfekten veranlaßt, wenn es sich um gefährliche Geisteskranke handelt. Die übrigen Kranken können von ihren Verwandten auf Grund eines ärztlichen Zeugnisses der Anstalt zugeführt werden, die Meldung an den Präfekten besorgt der Anstaltsarzt (innerhalb 24 St.), nach 14 Tagen folgt eine zweite Berichterstattung. Künftig soll das ärztliche Zeugnis vor der Aufnahme an den Staatsanwalt geschickt werden. Für die gefährlichen Geisteskranken verlangt der Gesetzentwurf besondere Anstalten. Ad 2. Der Kranke soll einen Pfleger erhalten, was bisher vom Belieben der Familie abhing. Die Ehescheidung soll geregelt werden. Ad 3. Die armen Geisteskranken sollen in öffentlichen Anstalten verpflegt werden, während die Departements sie bisher in Privatanstalten unterbringen konnten. Es sollen weiter auch die Epileptischen, Idioten und Trinker in Anstalten verpflegt werden. Der Dienst soll selbständig unter die Ärzte verteilt werden, deren einer die Verwaltung unter sich haben soll. Die Zahl der Ärzte soll vermehrt werden. Bisher kam in den 44 Provinzialanstalten mit 37 300 Kranken und 84 Ärzten auf 445 Kranken ein Arzt. Auch die Zahl der Anstalten soll vermehrt werden, da die meisten mit oft 200 Kranken überbelegt sind.

(*Ganter.*)

Wie schon der Titel sagt, ist das Buch (11) für Laien bestimmt. *Hedinger* teilt darin seine Beobachtungen und Erfahrungen im Anstaltsdienste mit, bespricht die Aufnahme des Kranken in die Anstalt, seine Behandlung usw.; er erörtert die verschiedensten Fragen, zu denen das Anstaltsleben Anlaß gibt, „was soll die Anstalt dem Kranken sein, Anstalt und Publikum, heutige Pflegerqualität und wie sie sein sollte“ usw. *Hedinger* will mit seinem Buche auch aufklärend wirken gegenüber den noch immer herrschenden falschen Vorstellungen über das Leben und Treiben in den Irrenanstalten.

Kolbs (14) Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten, dessen erste Lieferung im Jahre 1902 erschien, ist mit seiner 1907 erschienenen 12. Lieferung vollständig geworden. Ein überaus fleißiges Werk, das seinen Zweck, ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte zu sein, durchaus erfüllt. Jeder, der sich mit dem Bau von Irrenanstalten beschäftigt, wird das Buch zur Hand nehmen. Es zerfällt in zwei Teile, einen allgemeinen und einen speziellen Teil. In eingehender Weise werden alle Fragen besprochen, die dem eigentlichen Bau vorhergehen, dabei die Ziele der praktischen Psychiatrie erörtert, die Mittel zur Erreichung dieser Ziele besprochen und die geschichtliche Entwicklung der Irrenanstalten berührt. Eine große Anzahl von Beispielen für den Bau von Heil- und Pflegeanstalten nach dem Pavillonsystem verschiedenster Art und Größe, eine Zusammenstellung von Grundrissen für Unruhige, Ruhige, Halbruhige usw. enthält der spezielle Teil teils als Originalentwürfe, teils nach Plänen schon bestehender Anstalten.

Laehr (15) hat seines Vaters „Heil- und Pflegeanstalten für Psychisch-Kranke“, die dieser zuletzt 1899 zusammen mit *Lewald* in [illegible] erscheinen lassen, neu bearbeitet und herausgegeben. Auch di[illegible] immer größer gewordenen Interessentenkreis als unentbe[illegible]ommen.

Die Zahl der Anstalten hat sich wieder erheblich vermehrt. Neben den Anstalten für Psychisch-Kranke im engeren Sinne sind auch die für Geistesschwache, Epileptische und Alkoholkranke aufgeführt. An das Verzeichnis der Anstalten schließen sich statistische Zusammenstellungen.

Unter der französischen Herrschaft hatte der belgische Staat, so berichtet *Meeus* (16), für seine Geisteskranken zu sorgen. Durch das Gesetz von 1817 wurde diese Pflicht den Gemeinden auferlegt. 1873 mußten sich Provinz und Staat in die Kosten teilen. 1876 schufen die Gemeinden jeder Provinz einen gemeinsamen Fonds, aus dem sie ihren Anteil bestritten. Nach dem Gesetz von 1876 mußte die Gemeinde 1/4 bezahlen, während 3/4 aus dem Fonds genommen wurden. Nach dem Gesetz von 1891 muß von den Kosten die Provinz 1/8, der Staat 3/8 tragen, der Rest wird aus dem Fonds bestritten. Nach dieser historischen Einführung bespricht Verf. die Rückständigkeit des Irrenwesens in Belgien. Seine Darstellungen decken sich mit dem, was auch deutsche Autoren, *Naecke* u. a. in Reiseberichten hierüber veröffentlicht haben. Die Ärzte treiben Psychiatrie nur so im Nebenamte, sind vom Anstaltsbesitzer abhängig, werden pro Kopf bezahlt, das Personal ist ohne Unterricht u. dgl. m. Den Schluß bilden Vorschläge zur Besserung. (*Ganter*.)

Brasilien bestrebt sich, nach *Moreira* (17), sein Irrenwesen nach modernen Prinzipien einzurichten. Die erste Irrenanstalt wurde 1841 errichtet. 1882 wurde Psychiatrie zum erstenmal klinisch gelehrt. Jetzt gibt es in Rio de Janeiro eine große Anstalt von 1100 Kranken mit 14 Ärzten, worunter für verschiedene medizinische Disziplinen Spezialärzte. Außer dieser gibt es noch mehrere kleinere Anstalten von 500—600 Kranken. Sie alle stehen unter ärztlicher Direktion. Zuletzt führt Verf. die Paragraphen des Irrengesetzes vom 22. Dezember 1903 an. (*Ganter*.)

Chotzen (2), *Vocke* (22), *Deutsch* (5), *Sandner* (18), *Kerris* (13), *Hopf* (12), *Ennen* (7), *Groeschel* (9) und *Spliedt* (21) beschäftigen sich sämtlich mit den *Siemens*schen Vorschlägen zur Besserstellung der Anstaltsärzte (Referat, erstattet bei der Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie zu Frankfurt, 26. April 1907). Materielle Besserstellung und größere Selbständigkeit nach absolvierter Assistentenzeit, das sind kurz die Forderungen, welche mit Recht allerseits erhoben werden. Die materielle Besserstellung wird unserer Karriere neue Bewerber zuführen; sie werden ihr auch erhalten bleiben, wenn neben entsprechender Bezahlung nach Ableistung der eigentlichen Lehrjahre ein Maß von Selbständigkeit und Verantwortlichkeit gewährt wird, ohne das eine befriedigende Tätigkeit nun einmal nicht gedacht werden kann.

Schlöss (19) gibt vor der eigentlichen Beschreibung der neuen Wiener Heil- und Pflegeanstalten einen kurzen Überblick über die Geschichte der Irrenpflege in Niederösterreich. Die eingehende Beschreibung der Anstalten gibt einen klaren Überblick über ihre Lage und vorzügliche, allen modernen Anforderungen entsprechende Einrichtung. Das im Mittelpunkt der Anstalt belegene Kurhaus enthält alle Heilbehelfe, die bei der Behandlung nervöser Erkrankungen in Betracht kommen können. Eine elektrische Bahn mit Oberleitung besorgt den Transport der Speisen, Wäsche usw.

Nach einer kurzen Würdigung der großen Fortschritte und Erfolge im Irrenanstaltsbau während der letzten drei Dezennien leitet *Bresler* die Festschrift (23) mit einer kurzen Beschreibung der neuen niederösterreichischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt ein. Sie bietet 2200 Kranken Platz und nimmt in besonders dazu eingerichteten Häusern auch Nervenkranke auf. Am 27. Oktober 1904 fand in Gegenwart des Kaisers die Grundsteinlegung statt, nach drei Jahren erfolgte ebenfalls in Gegenwart des Kaisers die Eröffnung der Anstalt. Über die Entwicklung der Irrenpflege in Niederösterreich berichtet sodann Landesoberinspektionsarzt *F. Gerényi* und bespricht dabei eingehend die Verhandlungen, welche dem Bau der neuen Anstalt vorausgegangen sind. Er ist der Ansicht, daß auch diese neuen Anstalten mit 2200 Betten, welche leicht bis auf 3000 Betten erweitert werden können, sich trotz aller Bemängelung bewähren werden. „Die Folge wird lehren, daß man sich auch an diesen Belag und selbst an die Vereinigung einer noch größeren Anzahl von Geisteskranken in einer Anstalt gewöhnen und sich davon überzeugen wird, daß geänderte soziale Verhältnisse auch Wandlungen der ärztlichen Idealforderungen bedingen". Diesen Ausführungen folgt eine bauliche Beschreibung und eine kurze Geschichte der alten Anstalt. Statistische Daten über die Krankenbewegung der niederösterreichischen Landesirrenanstalt in Wien in den Jahren 1865—1906 sowie eine Geschichte ihrer klinischen Abteilung schließen sich an.

Landesoberbaurat *Berger* gibt sodann eine Baubeschreibung der neuen Anstalt „am Steinhof"; 60 Pavillons erheben sich auf einer Grundfläche von mehr als einer halben Million Quadratmeter. 36 dieser Häuser dienen zur Aufnahme von Kranken. Die Hauptfronten der Krankenpavillons sind nach Süden und Südosten gerichtet. Die „Heilanstalt" — 13 Pavillons mit 870 Betten — umfaßt zwei eingeschossige Aufnahmepavillons mit je 40 Betten, 5 zweigeschossige Pavillons für Halbruhige zu je 70 Betten, 4 zweigeschossige Pavillons für Unruhige mit je 60 Betten und 2 dreigeschossige Pavillons für Ruhige mit je 100 Betten. Die „Pflegeanstalt" — 11 Pavillons mit 888 Betten — enthält durchweg zwei- und dreigeschossige Häuser. Ein Verwahrungshaus für gewalttätige Kranke mit je 40 Betten ist abseits von der Pflegeanstalt errichtet. Das Sanatorium — 10 Pavillons mit 356 Betten — enthält 2 offene Pavillons zu je 20 Betten, 2 Pavillons für „Aufnahme und Halbruhige" zu je 33 Betten, 2 Gesellschaftshäuser mit je 34 Betten, 2 Pavillons für unruhige Unreine zu je 52 Betten, 2 Pavillons für unreine Sieche zu je 39 Betten; letztere sind eingeschossig, alle übrigen Objekte des Sanatoriums zweigeschossig. Über die Organisation des ärztlichen Dienstes in den Heil- und Pflegeanstalten berichtet der Direktor Dr. *H. Schlöss* (20). Unter dem Direktor und ihm verantwortlich fungieren 4 Primarärzte als Abteilungsvorstände; sie treffen unter eigener Verantwortung alle Maßnahmen, welche durch die Sorge für die Heilung und Pflege der Kranken ihrer Abteilung bedingt sind. Einen der Primarärzte bestellt der Landesausschuß zum Direktor-Stellvertreter. Die Primarärzte sind die unmittelbaren Vorgesetzten der ihrer Abteilung zugewiesenen Ärzte und Pflegepersonen. Wie nicht anders zu erwarten, zerfällt diese Riesenanstalt in ärztlicher Beziehung in 4 kleinere Anstalten. Daß der Direktor das [illegible] aterial übersieht, ist unmöglich, er wird sich auf die Ge[illegible] ine Direktiven

und auf die Verwaltung beschränken müssen. Die Direktion der einzelnen Abteilungen wird mehr und mehr Sache der Primarärzte werden. Wäre es da nicht recht und billig, ihnen auch Rang und Gehalt eines Direktors zu geben? Ausführungen über die Administration der neuen Anstalten sowie ein Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Ärzten, welche an der Landesirrenanstalt in Wien von 1853 bis 1907 tätig gewesen sind, beschließen die Festschrift.

Die Zahl der in den Provinzialanstalten Ostpreußens verpflegten Geisteskranken betrug Ende 1905: 2583 Kr.; Ende 1906: 2676 Kr.; Zuwachs: 93 Kr.; durchschnittlicher Zuwachs seit 1887: 99 Kr. Im Verhältnis zur Einwohnerzahl ist die Gesamtzahl und die Zunahme der Geisteskranken in Ostpreußen geringer als in den meisten anderen Provinzen.

In Allenberg (26) betrug der Krankenbestand zu Beginn des Berichtsjahres 928 (474 M. 454 Fr.). Zugang 374 (185 M. 189 Fr.). Abgang 440 (219 M. 221 Fr.). Bleibt Bestand 862 (440 M. 422 Fr.). Geheilt 38 Kr. Verstorben 6,53 % der Verpflegten. Regelmäßig beschäftigt 62 %. In Familienpflege 29 M. Der zur Dienstleistung bei der Anstalt kommandierte Militäroberarzt versieht Volontärdienst.

In Kortau (61) begann das Berichtsjahr mit 1034 (438 M. 596 Fr.). Zugang 365) 196 M. 169 Fr.). Abgang 436 (227 M. 209 Fr.). Bleibt Bestand 963 (407 M. 556 Fr.). Geheilt 34 Kr. Verstorben 7,08 % der Verpflegten. In Familienpflege 47 (26 M. 21 Fr.). Als Volontärarzt ist ein Militärarzt kommandiert. Einführung elektrischer Uhren in Verbindung mit einer in der Anstalt aufgestellten Normaluhr.

In der Irrenpflegeanstalt Tapiau (95) Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 556 (317 M. 239 Fr.). Zugang 310 (159 M. 151 Fr.), davon 165 (82 M. 83 Fr.) aus Allenberg und 124 (63 M. 61 Fr). aus Kortau. Abgang 83 (48 M. 35 Fr.). Gebessert 15 (6 M. 9 Fr.). Gestorben 56 (30 M. 26 Fr.). Beschäftigt wurden 45—60 %. In der Pflegeanstalt für gewalttätige geisteskranke Männer Anfangsbestand 65, Zugang 6, Abgang 3, davon 2 gebessert in die Pflegeanstalt, 1 in die Heimatsprovinz überführt. Bleibt Bestand 68. Beschäftigt 40—59 %. „Angriffe seitens der Kranken kamen mehrfach vor, doch ohne ernste Folgen."

Conradstein (34): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1255 (641 M. 614 Fr.). Zugang 385 (208 M. 177 Fr.), davon 270 (130 M. 140 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 20 (14 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 27 (13 M. 14 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie und Hysteroepilepsie, 53 (37 M. 16 Fr.) mit angeborener Geistesschwäche, 14 M. mit Alkoholismus, 1 Fr nicht geisteskrank. Von den Aufgenommenen standen angeblich im ersten Vierteljahr ihrer Erkrankung 104. Die Mehrzahl aller Aufgenommenen war nach der Länge ihrer Krankheitsdauer bereits unheilbar, ehe sie in Anstaltspflege kamen. Alkoholismus war in 58 Fällen (50 M. 8 Fr.), Lues in 21, Altersvorgänge in 21, Kopfverletzungen in 19 und Wochenbett in 21 Fällen Krankheitsursache. 83 (72 M. 11 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten, hiervon waren 50 erblich belastet. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 5 (1 M. 4 Fr.), davon 1 Fr. nicht geisteskrank. Abgang 264 (130 M. 134 Fr.) und zwar geheilt 44 (13 M. 31 Fr.), gebessert 65 (41 M. 24 Fr.), ungeheilt 54 (33 M. 21 Fr.), gestorben 101 (43 M. 58 Fr.) = 6,16 % aller Verpflegten. Von den Geheilten und Gebesserten haben 72 die Anstalt innerhalb des ersten halben Jahres wieder

verlassen, 20 blieben bis zu einem Jahr, 17 bis zu zwei und mehr Jahren. Die Mehrzahl der Entlassenen befand sich im Alter von 20—40 Jahren. Todesursache waren vorwiegend Krankheiten der Atmungsorgane, darunter 22 Fälle von Phthise; an Paralyse starben 18 (12 M. 6 Fr.). 2 Pflegerinnen schleppten Typhus ein und infizierten 1 Kr.; alle 3 genasen. Durchschnittlicher Bestand der Bettlägerigen: 10,49 % M., 16,02 % Fr.; die „Siechen und Alten" häufen sich besonders auf der Frauenseite immer mehr. Beschäftigt wurden durchschnittlich 39,12 % M. und 41,05 % Fr. Bestand am Jahresschluß 1376 (719 M. 657 Fr.), davon 111 in Familienpflege in Pr.-Stargard und im Dorfe Saaben. Schwierigkeiten mit der Wasserversorgung bei der ständigen Zunahme der Krankenzahl.

Neustadt in Westpreußen (72): Bestand im Anfang des Berichtsjahres 505 (262 M. 243 Fr.); Zugang 83 (47 M. 36 Fr.) und zwar 61 (27 M. 34 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8 M. mit Paralyse, 2 M. mit Epilepsie, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 M. mit Alkoholismus, 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Von den Aufgenommenen waren 25 im ersten Monat ihrer Erkrankung, 17 2—6 Monate, 7 bis zu 1 Jahr krank. Erbliche Belastung war bei 44,7 % M. und 41,7 % Fr. nachweisbar, Trunksucht bei 8 M. Krankheitsursache. 11 (10 M. 1 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. 5 (4 M. 1 Fr.) kamen gemäß § 81 zur Beobachtung, 1 Fr. war nicht geisteskrank. Abgang 75 (44 M. 31 Fr.), geheilt 8 (7 M. 1 Fr.), gebessert 21 (10 M. 11 Fr.), ungeheilt 15 (10 M. 5 Fr.), nicht geisteskrank 2 (1 M. 1 Fr.), gestorben 29 (16 M. 13 Fr.) = 5 % aller Verpflegten. Lungentuberkulose war 10 mal Todesursache. Bleibt Bestand 513 (265 M. 248 Fr.). Trotz Bettbehandlung und Dauerbäder Isolierungen nicht ganz vermieden. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 73,38 Pf. Gesamtausgabe 314 215 M.

Schwetz (89): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 487 (251 M. 236 Fr.). Zugang 74 (43 M. 31 Fr.), und zwar 44 (22 M. 22 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8 (6 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 4 (1 M. 3 Fr.) mit Imbezillität, 8 (5 M. 3 Fr.) mit Epilepsie und Hysterie, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. Von den Aufgenommenen standen 21 (9 M. 12 Fr.) im 1. Monat ihrer Erkrankung, 9 (4 M. 5 Fr.) von bis zu 6 Monaten, 4 (2 M. 2 Fr.) bis zu einem Jahr, die übrigen schon über 2 Jahre krank. 22 (10 M. 12 Fr.) waren erblich belastet, Alkoholismus war 13 mal Krankheitsursache. 14 M. waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. 4 Beobachtungen gemäß § 81. Abgang 62 (32 M. 30 Fr.); geheilt 10 (6 M. 4 Fr.), gebessert 18 (13 M. 5 Fr.), ungeheilt 9 (5 M. 4 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 24 (7 M. 17 Fr.) = 4,28 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 7mal Todesursache. Bleibt Bestand 499 (262 M. 237 Fr.). In Familienpflege 21 (9 M. 12 Fr.). Die tägliche Verpflegung kostete pro Kopf 54 Pf. Gesamtausgabe 276 668 M.

Dalldorf (35): Bestand am 1. Januar 1906: 3889 (2151 M. 1738 Fr.). Zugang 1868 (1317 M. 551 Fr.), davon 253 (189 M. 64 Fr.) mit Paralyse, 114 (47 M. 67 Fr.) mit seniler Geistesstörung, 717 (655 M. 62 Fr.) mit chronischem und akutem Alkoholismus. Von den Neuaufgenommenen werden 836 (769 M. 67 Fr.) als Trinker bezeichnet. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 473 gegen 370 im Vorjahr und zwar 436 M. 37 Fr.; von den Alkoholisten allein waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 316 (297 M. 19 Fr.). Zur Beobachtung kamen 12 Kr. Abgang

2537 (1644 M. 893 Fr.). Geheilt und gebessert 1082 (822 M. 260 Fr.), ungeheilt 1021 (554 M. 467 Fr.), gestorben 434 (268 M. 166 Fr.). 2 Suicide. Die Bettlägerigen abgerechnet wurden fast drei Viertel M. und die Hälfte der Fr. beschäftigt, 14,8 % des täglichen durchschnittlichen Bestandes wurden wegen Schwäche oder körperlicher Leiden in besonderer Diätform beköstigt. In Familienpflege 394 (237 M. 157 Fr.). Die Ausgaben für Beköstigung sind um fast 13 Pf. gestiegen. Gesamtausgabe 2 816 438 M. 92 Pf.

Herzberge (53): Bestand am 1. Januar 1906: 1335 (800 M. 535 Fr.). Zugang 2618 (2082 M. 536 Fr.), 2149 (1715 M. 434 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 142 (93 M. 49 Fr.) mit Paralyse, 156 (130 M. 26 Fr.) mit Epilepsie und Hysterie, 157 (130 M. 27 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität, 14 nicht geisteskrank. Gewohnheitsgemäßig dem Alkoholmißbrauch waren ergeben 1009 (1005 M. 4 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 895 (847 M. 48 Fr.). Abgang 2387 (1963 M. 424 Fr.). Geheilt oder gebe sert 1604 (1412 M. 192 Fr.), ungeheilt 769 (537 M. 232 Fr.), nicht geisteskrank 14 M., gestorben 340 (175 M. 165 Fr.). 2 Suicide. Aus dem Überwachungshaus wurden 2 oft bestrafte Kranke durch von außen eingedrungene Genossen herausgeholt. 164 Entweichungen zum größten Teil aus offenen Landhäusern. Wegen Störungen auf körperlichem Gebiet waren durchschnittlich bettlägerig 108 M., und 83 F.; ihres psychischen Zustandes wegen lagen außerdem täglich durchschnittlich 47 M. und 128 Fr. zu Bett. Beschäftigt wurden durchschnittlich 446 M. und 225 Fr. In Familienpflege 182 (113 M. 69 Fr.). Die Ausgaben für Beköstigung sind pro Kopf und Tag um 10 Pf. gestiegen. Gesamtausgabe 1 899 585 Mt 91 Pf.

Buch (30): Die drit Irrenanstalt Berlins wurde am 1. April 1906 mit 1555 Krankenbetten eröffnet. Am 1. Mai kam der erste Krankentransport, bis zum 16. März 1907 aus Dalldorf, Herzberge und aus Privatanstalten in 52 Transporten im ganzen 1465 (819 M. 646 Fr.) aufgenommen, außerdem Kranke von anderweit und vom 7. Februar 1907 die Kranken aus der Königlichen Charité. Der Bautypus von Buch schließt sich dem von Herzberge an. Große Häuser von 100 bis 150 Betten, daneben eine kleine Anzahl von Landhäusern zu 40 und 30 Betten. Das „Verwahrungshaus“ (46 Betten) liegt völlig getrennt von der Hauptanstalt; nachträglich ist auch seine Vorderfront durch eine 3,5 m hohe Umwährungsmauer gesichert. Das Pflegepersona wohnt und schläft nicht mit den Kranken zusammen. Zugang 1586 (883 M. 703 Fr.) davon 271 (191 M. 80 Fr.) mit Paralyse, 155 (144 M. 11 Fr.) mit Alkoholismus. Von den Zugängen waren 297 (264 M. 33 Fr.) bestraft, darunter 63 M. und 6 Fr. mit Zuchthaus. Abgang 300 (214 M. 86 Fr.); entlassen 118, entwichen 51, gestorben 117, in Pflege gegeben 14, bleibt Bestand 1286 (669 M. 617 Fr.). 12 Fälle von Kopfrose, davon 6 mit letalem Ausgang. Der erste Todesfall ein Selbstmord.

Wuhlgarten (105): Bestand am 1. April 1906: 1370 (845 M. 525 Fr.) Zugang 826 (611 M. 215 Fr.), davon 649 (499 M. 136 Fr. 6 Kn. 8 M.) mit Epilepsie 17 (15 M. 2 Fr.) mit chronischem Alkoholismus, 53 (13 M. 40 Fr.) mit Hysterie 43 (27 M. 15 Fr. 1 M.) mit Hysteroepilepsie, 73 (56 M. 15 Fr. 2 M.) mit Imbezillität Idiotie und anderen Geistesstörungen. Unter den 526 an Epilepsie und Hystero

epilepsie leidenden M. waren 160 als Trinker, unter den 151 Fr. 4 als Trinkerinnen bezeichnet. 55 1/10 % M. und 7 2/3 % Fr. waren bestraft. Abgang 790 (577 M. 213 Fr.); entlassen 704 (520 M. 184 Fr.), gestorben 86 (57 M. 29 Fr.).

„Haus Schönow" (51): Bestand am 1. Januar 1906: 82 (52 M. 30 Fr.). Zugang 685 (404 M. 281 Fr.). Abgang 693 (415 M. 278 Fr.); geheilt und gebessert 478 (284 M. 194 Fr.) = 76 %, ungebessert 213 (130 M. 83 Fr.) = 24,1 %, gestorben 2 (1 M. 1 Fr.). Bleibt Bestand 74 (41 M. 33 Fr.). Durchschnittliche Verpflegungsdauer der einzelnen Kranken 56 Tage. Zur Behandlung kamen 77,7 % Neurosen, 11,5 % Psychosen, 9 % peripherische Nerven- und Muskelkrankheiten sowie organische Erkrankungen des Zentralnervensystems, 1,7 % innere und äußere Krankheiten. Die Poliklinik wurde wöchentlich 2mal abgehalten und von 85 Kranken besucht. Das neu eingerichtete Luft- und Sonnenbad dient als Bad, zur Abhaltung der Turnstunde und Laufspiele und zu Arbeiten an der Hobelbank und ähnlicher Beschäftigung. Pflegesätze 7 und 4 M., daneben Ermäßigungen und 5 Freibetten.

Landsberg (63) begann das Berichtsjahr mit 785 (411 M. 374 Fr.). Zugang 180 (100 M. 80 Fr.), davon neu aufgenommen 165 (88 M. 77 Fr.). Abgang 151 (90 M. 61 Fr.), davon geheilt oder gebessert 66 (36 M. 30 Fr.), ungeheilt 27 (19 M. 8 Fr.), gestorben 58 (35 M. 23 Fr.) = 6 % der Verpflegten. Bleibt Bestand 814 (423 M. 391 Fr.), hiervon 46 (23 M. 23 Fr.) in Familienpflege. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 4, sie waren sämtlich geisteskrank. Die beabsichtigte Vergrößerung der Anstalt hat zu entsprechenden Umbauten und Erweiterungen der ursprünglichen Zentralanlagen geführt. Neugebaut sind ein Haus für 80 unruhige, gefährliche Kranke mit 4 Abteilungen für je 20 Kranke, 2 Aufnahmehäuser für je 60 Kranke mit horizontal getrennten Abteilungen zu je 30 Betten, 2 offene Landhäuser für 60 ruhige arbeitende Kranke und 1 Ärztewohnhaus. Jede der 4 Abteilungen des festen Hauses enthält Wachsaaleinrichtungen mit anstoßendem Dauerbad, Arbeitszimmer und dergleichen, daneben Isolierzimmer und überall starke Fenstervergitterung. Der Garten ist mit einer hohen Mauer umgeben.

Die Zunahme der Geisteskranken in Brandenburg gegen 1905 beträgt nach dem allgemeinen Verwaltungsbericht der Provinz nur 289 Kranke.

Dziekanka (37): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 657 (344 M. 313 Fr.). Zugang 153 (89 M. 64 Fr.), darunter 6 M. mit Alkoholismus, 13 (9 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 29 (16 M. 13 Fr.) mit Dementia praecox; voraussichtlich heilbar 33 (14 M. 19 Fr.), voraussichtlich unheilbar 114 (70 M. 44 Fr.), nicht geisteskrank 6 (5 M. 1 Fr.). Erbliche Belastung bei 40 % M. und 49 % Fr. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 22 (20 M. 2 Fr.). Zur Beobachtung 7 (6 M. 1 Fr.). Abgang 129 (66 M. 63 Fr.), davon geheilt 24 (12 M. 12 Fr.), gebessert 38 (21 M. 17 Fr.), ungeheilt 27 (16 M. 11 Fr.), nicht geisteskrank 6 M., gestorben 34 (11 M. 23 Fr.) und zwar an Tuberkulose 15 (3 M. 12 Fr.). Bleibt Bestand 681 (367 M. 314 Fr.). Normale Belegung 650 Kr. Gesamtausgabe 347 303 M.; pro Kopf und Jahr 521 M. 22 Pf.

Kosten (60): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 713 (386 M. 327 Fr.). Zugang 144 (73 M. 71 Fr.), davon litten 62 (24 M. 38 Fr.) an einfacher Seelenstörung,

4 (1 M. 3 Fr.) an Paralyse, 78 (48 M. 30 Fr.) an Idiotie und Epilepsie. Krankheitsdauer nur bei 34 (13 M. 21 Fr.) weniger als ein Jahr. 28 (9 M. 19 Fr.) voraussichtlich heilbar. 45 % der Aufnahmen erblich belastet. Potus 11mal Krankheitsursache. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 29 (21 M. 8 Fr.). Abgang 106 (61 M. 45 Fr.); genesen 13 (3 M. 10 Fr.), gebessert 25 (15 M. 10 Fr.), ungeheilt 24 (18 M. 6 Fr.), gestorben 44 (25 M. 19 Fr.) = 5,1 % aller Verpflegten. Tuberkulose war bei 12 (4 M. 8 Fr.), Krebs bei 3 (2 M. 1 Fr.) Todesursachen. Ein in der Schuhmacherei beschäftigter Epileptiker schnitt sich auf dem Klosett mit einem Schuhmachermesser den Hals bis auf die Wirbelsäule durch. Beschäftigt wurden durchschnittlich 41 % der Verpflegten. Gesamtausgabe 313 544 M., pro Kopf und Jahr 423 M. 55 Pf.

Obrawalde (74): Krankenzahl bei Beginn des Berichtsjahres 555. Zugang 142 (77 M. 65 Fr.), davon 99 (48 M. 51 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 14 (10 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 5 M. mit alkoholischer Seelenstörung, 8 (3 M. 5 Fr.) mit Epilepsie und Hysterie, 11 (6 M. 5 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie; 5 M. nicht geisteskrank. Erblich belastet 53 (34 M. 19 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 21 (10 M. 11 Fr.) bis 1 Monat, bei 31 (13 M. 18 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 26 (13 M. 13 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 10 (5 M. 5 Fr.) bis zu 2 Jahren. Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 42 (31 M. 11 Fr.). Zur Beobachtung kamen 5 M. Abgang 128 (68 M. 60 Fr.), nicht geisteskrank 5 M., geheilt 34 (19 M. 15 Fr.), gebessert 21 (10 M. 11 Fr.), ungeheilt 19 (15 M. 4 Fr.), gestorben 49 (19 M. 30 Fr.), und zwar an Tuberkulose 13 (4 M. 9 Fr.), an Krebs 3 (1 M. 2 Fr.). Ein frei behandelter Paranoiker entfernte sich aus der Anstalt und erhängte sich im nahegelegenen Walde; nichts hatte in seinem Wesen vorher auf Selbstmordabsichten gedeutet. Beschäftigt wurden durchschnittlich 35 % der Verpflegten. 3 gut verlaufene Typhusfälle bei Kranken; Entstehungsursache nicht ermittelt.

Gesamtausgabe 305 224 M.; pro Kopf und Jahr 536 M. 23 Pf.

Owinsk (76): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 691 (323 M. 368 Fr.). Zugang 159 (97 M. 62 Fr.), davon 14 (12 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 1 Mann mit Lues cerebri, 13 (9 M. 4 Fr.) mit chronischem Alkoholismus. 53 (27 M. 26 Fr.) waren voraussichtlich heilbar, 104 (69 M. 35 Fr.) voraussichtlich unheilbar. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 27 (12 M. 15 Fr.) 1 Monat, bei 10 (3 M. 7 Fr.) 2 Monate, bei 9 (7 M. 2 Fr.) 3 Monate, bei 6 (5 M. 1 Fr.) 3—6 Monate, bei 9 (5 M. 4 Fr.) bis zu einem Jahr, bei 7 (5 M. 2 Fr.) bis zu 2 Jahren.

Erbliche Belastung wurde nur bei 15,9 % (16,7 % M. 14,8 % Fr.) festgestellt. Mit dem Strafgesetz waren 32 (30 M. 2 Fr.) in Konflikt geraten. Zur Beobachtung kamen 5 (4 M. 1 Fr.). Abgang 172 (95 M. 77 Fr.), geheilt 32 (17 M. 15 Fr.), gebessert 61 (35 M. 26 Fr.), ungeheilt 18 (11 M. 7 Fr,); nicht geisteskrank 1 Frau, gestorben 60 (32 M. 28 Fr.), davon 2 M. an Typhus, 2 Fr. an Krebs und 12 (4 M. 8 Fr.) an Tuberkulose. 37 Typhusfälle durch Einschleppung. Beschäftigt waren durchschnittlich 50 % mit Feld-, Garten-, Haus- und Werkstättenarbeit. Gesamtausgabe 355 245 M.; pro Kopf und Jahr 529 M. 49 Pf.

Breslau (29): Bestand am 1. April 1906: 257 (128 M. 129 Fr.). Zugang 1012 (690 M. 322 Fr.), davon 297 (129 M. 168 Fr.) mit einfach erworbenen Psychosen, 42 (35 M. 7 Fr.) mit konstitutionellen und angeborenen Psychosen, 118 (71 M.

47 Fr.) mit epileptisch hysterischen Formen, 372 (342 M. 30 Fr.) mit alkoholischen und anderen Intoxikat.-Psychosen, 175 (105 M. 72 Fr.) mit paralytischen, senilen und sonstigen organischen Psychosen, 8 M. nicht geisteskrank. Abgang 1059 (710 M. 349 Fr.), davon geheilt 302 (276 M. 26 Fr.), gebessert 333 (224 M. 109 Fr.), ungeheilt nach Hause 77 (39 M. 38 Fr.), in andere Anstalten 233 (105 M. 128 Fr.), gestorben 114 (66 M. 48 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 111 (96 M. 15 Fr.). Erbliche Belastung insgesamt 21,2 %. Das Projekt des Neubaues zweier Aufnahmeabteilungen ist ausgearbeitet. Wann mit dem Bau begonnen wird, steht noch nicht fest. Der Wechsel beim Pflegepersonal ist nach wie vor außerordentlich groß, erhebliche Lohnverbesserungen sind in Aussicht genommen.

Bunzlau (31): Bestand bei Beginn des Berichtsjahres: 669 (393 M. 276 Fr.). Zugang 76 (46 M. 30 Fr.). Abgang 158 (48 M. 110 Fr.), genesen 3 (1 M. 2 Fr.), gebessert 10 (9 M. 1 Fr.), ungeheilt 12 (11 M. 1 Fr.), in andere Anstalten 85 (1 M. 84 Fr.), beurlaubt 13 (6 M. 7 Fr.), gestorben 35 (20 M. 15 Fr.). Bleibt Bestand 585 (390 M. 195 Fr.), davon in Familienpflege 28 (23 M. 5 Fr.). Zur Beobachtung kamen 11 (10 M. 1 Fr.), 4 wurden als geisteskrank zur Zeit der Begehung der Straftat befunden; von den übrigen neu aufgenommenen Männern waren 41,4 % mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen. Tuberkulose war sehr häufig Todesursache. Eine verblödete Kranke starb an den Folgen einer schweren Verbrennung, die sie sich im Krankensaal zugezogen, ihr Hemd hatte an der glühenden Ofentür, der sie zu nahegekommen war, Feuer gefangen.

Schwere Typhus- und Ruhrerkrankungen erschwerten den gesamten Anstaltsbetrieb außerordentlich. Zur Durchführung einer wirklich durchgreifenden Prophylaxe wurden im Anschluß an diese Endemien der gesamte Bestand an Kranken, Pflegern und Angestellten bakteriologisch durchuntersucht, dabei wurde kein einziger Ruhrbazillenträger, aber 14 Typhusbazillenträger (2 M. 12 Fr.) ermittelt. Von den 14 Bazillenträgern hatte nur eine Person in der letzten Epidemie an Typhus gelitten und eine andere 1903 Typhus durchgemacht, alle anderen Bazillenträger haben, soweit bekannt geworden, niemals eine typhöse Krankheit gehabt, dabei befinden sich unter ihnen Kranke, die schon 30 Jahre in der Anstalt verpflegt werden. Alle Bazillenträger wurden stets isoliert gehalten, ihre Abgänge usw. sorgfältig desinfiziert. Ein entsprechendes Absonderungshaus soll für sie gebaut werden. Vorsichtshalber werden noch die Abgänge der Neuaufgenommenen auf Bazillen untersucht. Gesamtausgabe 346 316 M.

Freiburg (44): Bestand am 1. April 1906: 716 (336 M. 380 Fr.). Zugang 107 (49 M. 58 Fr.), davon 42 (18 M. 24 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 5 (4 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 1 Fr. mit multipler Sklerose, 2 M. nicht geisteskrank, 57 (25 M. 32 Fr.) mit Idiotie, Imbezillität und Epilepsie mit und ohne Seelenstörung. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 15 (11 M. 4 Fr.); außerdem kamen 7 M. zur Beobachtung ihres Geisteszustandes. Abgang 103 (48 M. 55 Fr.), und zwar geheilt 13 (3 M. 10 Fr.), gebessert 24 (10 M. 14 Fr.), [illegible] (8 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 50 (25 M. 25 Fr.). 3 (2 M [illegible] kulose, 3 M. an Dysenterie, 2 Fr. an Krebs. 18 Ruhrerkran[illegible] nstalt wurde in Betrieb genommen. Gesamtausgabe 334 [illegible]

Leubus (66) öffentliche Anstalt: Beginn des Berichtsjahres: 316 (172 M. 144 Fr.). Zugang 190 (95 M. 95 Fr.), darunter 94 (57 M. 37 Fr.) erste Aufnahmen. 141 (57 M. 84 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 22 (15 M. 7 Fr.) mit Paralyse. 17 (15 M. 2 Fr.) mit Epilepsie mit Seelenstörung, 9 (7 M. 2 Fr.) mit Imbezillität, nicht geisteskrank 1 M.

Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 8 (3 M. 5 Fr.) bis 1 Monat, bei 19 (8 M. 11 Fr.) 1—3 Monate, bei 15 (7 M. 8 Fr.) 3—6 Monate, bei 19 (8 M. 11 Fr.) 6—12 Monate. Bei 127 (67 M. 60 Fr.) über 12 Monate. 38,4 % aller Aufgenommenen waren nachweislich erblich belastet. Alkoholismus war 16mal, Lues 5mal, Influenza und Typhus je 3mal, Heredität, Wochenbett und Laktation 6mal, Senium 6mal, Gefängnishaft 2mal Krankheitsursache. Mit den Strafgesetzen waren in Konflikt geraten 34 (28 M. 6 Fr.) = 17,9 % der Aufgenommenen, davon kamen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes 10 (9 M. 1 Fr.). Abgang 64 (42 M. 22 Fr.). Gestorben 3,8 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 5mal, Paralyse 8mal, Suicid 1mal Todesursache. Bleibt Bestand 442 (225 M. 217 Fr.), davon 197 (108 M. 89 Fr.) in der neuen Anstalt im Städtchen Leubus, die im Dezember 1906 zunächst nur mit ruhigen Kranken belegt wurde. Summe der Ausgabe 244 331 M. In Familienpflege 9 (6 M. 3 Fr.). In der Pensionsanstalt waren zu Beginn des Berichtsjahres 51 (22 M. 29 Fr.), Zugang 23 (12 M. 11 Fr.), davon 8 (5 M. 3 Fr.) erste Aufnahmen. 19 (8 M. 11 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 4 M. mit Paralyse. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 4 (2 M. 2 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 1 M. 6—12 Monate, bei 18 (9 M. 9 Fr.) 1—5 Jahre und länger. Heredität bei 48 %. Alkohol- und Morphiumsucht war 3mal, Lues 2mal, Senium 1mal Krankheitsursache. Beide früher an Lues erkrankte M. litten an Paralyse. Abgang 15 (4 M. 11 Fr.). Sterblichkeit 4,1 % aller Verpflegten. Tuberkulose war 1mal Todesursache.

Rybnik (84) begann das Rechnungsjahr mit 784 (405 M. 379 Fr.). Zugang 128 (65 M. 63 Fr.), davon 7 (4 M. 3 Fr.) mit Alkoholpsychosen, 13 (8 M. 5 Fr.) mit Paralyse. Bei allen Paralysen war Lues vorausgegangen. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 8 M. 23 der neu aufgenommenen M. waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Nur 47 aller Neuaufgenommenen waren bei ihrer Aufnahme noch nicht länger als 6 Monate krank. Feststellung der Krankheitsursachen in einem Drittel der Aufnahmen unmöglich. Grund „Fragebogen". Abgang 129 (66 M. 63 Fr.). Geheilt 11 (3 M. 8 Fr.), gebessert 34 (12 M. 22 Fr.), ungeheilt 43 (33 M. 10 Fr.), nicht geisteskrank 4 M., gestorben 37 (14 M. 23 Fr.) = 4,05 % der Verpflegten. Tuberkulose war 8mal Todesursache.

Die Eröffnung der neuen Anstalten in Lüben und Leubus hat die Überfüllung in den alten Anstalten nicht vermindert. Die Zahl der Krankenanmeldungen stieg derart, daß wieder eine Exspektantenliste entstand. Rybnik soll um 25 % vergrößert werden und Platz für 1000 Kr. bieten. Entsprechende Neubauten und Vergrößerung der wirtschaftlichen Zentraleinrichtungen sind in Aussicht genommen. Auf Verbot der vorgesetzten Behörde werden „Verbrecher" nicht mehr zur Außenarbeit verwandt.

Tost (96): Eine kurze Mitteilung über die Entwicklung der Anstalt leitet den Bericht ein. 1890 wurde ein Teil der alten Arbeits- und Landarmenanstalt



als Irrenpflegestation für Männer eingerichtet. Nach völliger Entfernung der Arbeitshäuslinge Umwandlung dieser Station in eine für beide Geschlechter bestimmte Irrenanstalt. Umbauten und Neubauten in den Jahren 1892-93, 1897 und 1900. Wie überall, so haften auch dieser Adaptierung erhebliche, nicht zu beseitigende Mängel an. In aller Interesse sollten solche Adaptierungen vermieden werden, sie sind unverhältnismäßig teuer und bleiben stets mangelhaft und unzureichend.

Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 602 (275 M. 327 Fr.), Zugang 93 (40 M. 53 Fr.), davon 69 (22 M. 47 Fr.) erste Aufnahmen, und zwar 71 (32 M. 39 Fr.) mit einfacher, 11 (4 M. 7 Fr.) mit paralytischer, 3 M. mit epileptischer und hysterischer Seelenstörung und 5 (1 M. 4 Fr.) nicht geisteskrank. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 10 (2 M. 8 Fr.) bis 1 Monat, bei 15 (3 M. 12 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 15 (6 M. 9 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 12 (5 M. 7 Fr.) bis zu 1 Jahr und bei 36 (23 M. 13 Fr.) bis zu 2 und mehr Jahren. Trunksucht war 12mal, Lues 2mal, Wochenbett 3mal Krankheitsursache. Erblich belastet waren 35 (14 M. 21 Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 29 (19 M. 10 Fr.), davon wurden 7 (4 M. 3 Fr.) auf Grund von § 81 aufgenommen. Abgang 94 (38 M. 56 Fr.), geheilt 5 (2 M. 3 Fr.), gebessert 18 (9 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 5 (1 M. 4 Fr.), gestorben 25 (10 M. 15 Fr.) = 4,36 % aller Verpflegten. Paralyse war 4mal, Tuberkulose 4mal, Krebs 3mal, Ruhr 1mal Todesursache. 37,77 % M. und 35,93 % Fr. waren durchschnittlich beschäftigt. Die bisherige Petroleumbeleuchtung wurde durch Gaslicht ersetzt. Summe der Ausgaben 316 799 M.

Neustadt (71) in Holstein: Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 814 (419 M. 395 Fr.). Zugang 120 (67 M. 53 Fr.) und zwar 77 (34 M. 43 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 13 (10 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 7 mit Seelenstörung mit Epilepsie, 17 (11 M. 6 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 mit Alkoholismus und 2 (1 M. 1 Fr.) nicht geistesgestört. 26,9 % der aufgenommenen M. waren vorbestraft. 1 Mann kam zur Beobachtung gemäß § 81, er war nicht geisteskrank. Abgang 105 (46 M. 59 Fr.), geheilt 8 (1 M. 7 Fr.), gebessert 13 (5 M. 8 Fr.), ungeheilt 24 (12 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank 4 (2 M. 2 Fr.), gestorben 68 (32 M. 36 Fr.). Bleibt Bestand 829 (440 M. 389 Fr.), davon 61 (21 M. 40 Fr.) in Familienpflege. Tuberkulose war 8mal, Krebs 2mal Todesursache. Die neu Aufgenommenen waren besonders pflegebedürftige, erregte und unreine Kranke. Eine Überwachungsstation für unreinliche weibliche Kranke ist in Aussicht genommen. Zunehmender Mangel an tüchtigen Arbeitskräften unter den Männern. Das feste Haus bewährt sich vorzüglich. Zur Beschäftigung ist hier neben der Weberei eine Schneiderei eingerichtet. Weberei wird auch auf anderen Abteilungen mit Erfolg betrieben. Gesamtausgabe 424 594 M. Die tägliche Verpflegungsportion kostet für das Wartepersonal 0,70 M., für Kranke 0,44332 M.

Schleswig (88): Bestand am 1. April 1906: 928 (512 M. 416 Fr.). Zugang 382 (180 M. 202 Fr.), davon 311 (133 M. 178 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 38 (29 M. 9 Fr.) mit Paralyse, 20 (12 M. 8 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 12 (5 M. 7 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, nicht geisteskrank 1 M. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 110 (45 M. 65 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 39 (17 M. 22 Fr.) bis zu 12 Monaten, bei 60 (38 M. 22 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 172

(79 M. 93 Fr.) über 2 Jahre. Lues war 13mal, Alkoholismus 20mal (17 M. 3 Fr.), Senium 14mal, Wochenbett und Schwangerschaft 3mal, Untersuchungshaft 3mal Krankheitsursache. Heredität bei 165 (79 M. 86 Fr.). Abgang 321 (150 M. 171 Fr.), geheilt 53 (22 M. 31 Fr.), gebessert 91 (39 M. 52 Fr.), ungeheilt 70 (38 M. 32 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 106 (50 M. 56 Fr.). Tuberkulose war 11mal, Krebs 1mal Todesursache. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 7 (5 M. 2 Fr.). Ein Neubau für unruhige M. (36 Kr. und 8 Wärter) wurde in Benutzung genommen, die neue Zentraldampfanlage sowie das neue Wasserwerk in Betrieb gesetzt. Gesamtausgabe 630 919 M. Die tägliche Verpflegungsportion ohne Klassenunterschied hat 66,71 Pf. gekostet.

Göttingen (50): Bestand am 1. April 1906: 469 (308 M. 161 Fr.)., Zugang 230 (124 M. 106 Fr.); 129 (64 M. 65 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 29 (15 M. 14 Fr.) mit Paralyse, 24 (10 M. 14 Fr.) mit Epilepsie, 31 (18 M. 13 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität, 10 M. mit Delirium potatorum, 7 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 91 (40 M. 51 Fr.); Lues war 10mal (9 M. 1 Fr.), Alkohol 20mal (19 M. 1 Fr). Schwangerschaft 3mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 37 (20 M. 17 Fr.) 1—6 Wochen, bei 21 (11 M. 10 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 22 (13 M. 9 Fr.) 3 bis 6 Monate, bei 23 (11 M. 12 Fr.) 6 bis 12 Monate, bei 35 (12 M. 13 Fr.) 1—2 Jahre, bei 102 (57 M. 45 F.) 2—5 Jahre und länger. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 13 (12 M. 1 Fr.). Abgang 209 (130 M. 79 Fr.): gebessert 106 (66 M. 40 Fr.), ungeheilt (27 M. 18 Fr.), nicht geisteskrank 6, gestorben 52 (31 M. 21 Fr.), Tuberkulose war 3mal, Krebs 2mal, Suizid 1mal, Typhus 2mal Todesursache. Im Unterstock der Männerklinik ist durch Beseitigung der Zwischenwände und Anbau einer Veranda ein moderner Wachsaal mit Dauerbad usw. geschaffen worden. Der Umbau der Kochküche ist vollendet, das neue Gesellschaftshaus in Benutzung genommen.

Die alte Zellenabteilung ist auf der Frauenseite durch Umbau in eine Infektionsabteilung und eine Wachabteilung für unruhige Kranke umgewandelt. Zu den 2 alten Bazillenträgern wurden 3 neue aufgenommen. Da vielfach die Gallenblase der Sitz der Typhusbazillen ist, wird beabsichtigt, bei mehreren Kranken mit Zustimmung der Angehörigen auf operativem Wege eine Öffnung und Desinfektion der Gallenblase vornehmen zu lassen. In Familienpflege 64 (50 M. 14 Fr) in 48 Pflegestellen. Den Kranken werden ihre Briefe schon seit mehreren Jahren uneröffnet von den Ärzten übergeben.

Hildesheim (55): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 692 (399 M. 293 Fr.). Zugang 297 (172 M. 125 Fr.); 189 (85 M. 104 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 53 (40 M. 13 Fr.) mit Paralyse, 14 (10 M. 4 Fr.) mit Hysterie und Epilepsie mit Seelenstörung, 12 (10 M. 2 Fr.) mit Imbezillität. Zur Beobachtung 29 (27 M. 2 Fr.). Heredität bei 61 (35 M. 26 Fr.). Lues war 27mal (23 M. 4 Fr.), Alkoholismus 30mal (30 M.), Haftstrafe 11mal, Senium 28mal (9 M. 19 Fr.), Klimakterium 8mal, Wochenbett 3mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 78 (35 M. 43 Fr.) unter 3 Monaten, bei 40 (23 M. 17 Fr.) 3—6 Monate, bei 17 (11 M. 6 Fr.) 6—12 Monate, bei 50 (30 M. 20 Fr.) 1—2 Jahre. Abgang 278 (149 M. 129 Fr.). Geheilt 35 (21 M. 14 Fr.); gebessert 46 (25 M. 21 Fr.), ungeheilt 110 (51 M. 59 Fr.);

nicht geisteskrank 13 (12 M. 1 Fr.), gestorben 74 (40 M. 34 Fr.). Paralyse war 23mal (18 M. 5 Fr.), Tuberkulose 8mal, Krebs 5mal Todesursache. Einem Wärter wurde die Rettungsmedaille am Bande verliehen; er hatte einen mit Gartenarbeit beschäftigten Kranken, der sich plötzlich in die am Garten vorbeifließende Innerste gestürzt, trotz seines Widerstrebens, mit eigener Lebensgefahr aus dem hochgehenden Flusse gerettet.

Langenhagen (64): Ende Oktober 1906 wurde die neuerbaute Beobachtungsstation für Geisteskranke in Betrieb genommen, sie ersetzt das frühere alte Krankenhaus 3 (Bult) in Hannover und dient zur vorläufigen Aufnahme, Beobachtung und Verpflegung von Geisteskranken aus dem Stadtgebiete Hannover, welche wegen vorübergehender geistiger Störung oder bis zur Überführung in die Provinzialanstalten seitens des Magistrats in Verwahrung genommen werden müssen. Die wirtschaftlich mit der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt völlig verbundene Beobachtungsstation ist ein langgestrecktes, symmetrisch gebautes, zweistöckiges Gebäude mit 50 Betten, dessen eine Hälfte für Männer, die andere Hälfte für Frauen bestimmt und mit modern eingerichteten Wachsälen zu je fünf Betten mit daran stoßendem Dauerbad usw. versehen ist.

Zugang seit 15. Oktober: 158 (110 M. 48 Fr.), 71 (42 M. 29 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 27 (18 M. 9 Fr.) mit Paralyse, 11 (9 M. 2 Fr.) mit Epilepsie, 14 (10 M. 4 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 31 (28 M. 3 Fr.) mit Delirium potatorum, 1 Frau mit Morphinismus, 4 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 29 (19 M. 10 Fr.); Lues war 16mal (13 M. 3 Fr), Alkohol 48 (44 M. 4 Fr.), Infektionskrankheiten 4 (1 M. 3 Fr.), Senium 7 (2 M. 5 Fr.), Gefängnishaft 2mal (1 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Durchschnittliche Verpflegungsdauer 25,4 Tage (bei M. 22,6 Tage, bei Fr. 31,7 Tage). In andere Anstalten wurden überführt 81 (51 M. 30 Fr.); gestorben 8 (6 M. 2 Fr.).

Lüneburg (68): Bestand am 1. April 1906: 686 (343 M. 343 Fr.). Zugang 253 (141 M. 112 Fr.); 174 (84 M. 90 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 25 (20 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 13 (6 M. 7 Fr.) mit Epilepsie ung Hysterie, 20 (14 M. 6 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 13 (11 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Zur Beobachtung 11 M. Heredität bei 68 (28 M. 40 Fr.). Alkoholmißbrauch war 30mal (27 M. 10 F.), Lues 5mal, Senium 14mal (4 M. 10 Fr.), Schwangerschaft und Wochenbett 8mal, Klimakterium 3mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 63 (25 M. 38 Fr.) unter 3 Monaten, bei 22 (15 M. 7 Fr.) 3—6 Monate, bei 21 (13 M. 8 Fr.) 6—12 Monate, bei 23 (7 M. 16 Fr.) 1—2 Tage, bei 117 (76 M. 41 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 253 (121 M. 132 Fr.). Geheilt 12 (2 M. 10 Fr.), gebessert 87 (43 M. 44 Fr.), ungeheilt, 90 (45 M. 45 Fr.), nicht geisteskrank 6 (4 M. 2 Fr.), gestorben 58 (27 M. 31 Fr.), davon 12 (7 M. 5 Fr.) mit Paralyse. Tuberkulose war 8mal, Krebs 1mal, Suicid 1mal Todesursache. Gesamtausgabe 683 779 ℳ.

Osnabrück (75): Bestand am 1. April 1906: 415 (177 M. 238 Fr.), Zugang 162 (91 M. 71 Fr.); 125 (65 M. 60 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 7 M. mit Paralyse, 6 (2 M. 4 Fr.) mit Epilepsie und Hysterie, 4 (3 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus, 11 (6 M. 5 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie; zur Beobachtung 9 (8 M. 1 Fr.). Heredität bei 63 (36 M., 27 Fr.). Alkoholismus war 23 mal (22 M. 1 Fr.), Lues 2 mal (2 M.),

Schwangerschaft und Wochenbett 7 mal, Klimakterium 2 mal, Senium 5 mal (4 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 47 (27 M. 20 Fr.) weniger als 3 Monate, bei 21 (13 M. 8 Fr.) 3—6 Monate, bei 13 (7 M. 6 Fr.) 6—12 Monate, bei 9 (4 M. 5 Fr.) 1—2 Jahre, bei 69 (37 M. 32 Fr.) länger als 2 Jahre. Abgang 168 (80 M. 88 Fr.). Geheilt 19 (8 M. 11 Fr.), gebessert 52 (23 M. 29 Fr.), ungeheilt 70 (34 M. 36 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 24 (12 M. 12 Fr.) = 4,16% des Gesamtbestandes. Tuberkulose und Krebs waren je 1 mal Todesursache. Die neu erbaute Villa für 38 ruhige M. ist in Benutzung genommen und bewährt sich vorzüglich.

Der 40. hannoversche Provinziallandtag hat die Bezüge für die Ärzte usw. der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten folgendermaßen festgesetzt: Direktoren 6000—8000 M., von 3 zu 3 Jahren um 500 M. steigend; Oberärzte 4600—6000 M., von 3 zu 3 Jahren um 300 M. steigend; Abteilungsärzte 3200—4800 M., von 3 zu 3 Jahren um 300 M. steigend. Daneben als Emolumente: Wohnung, Feuerung, Licht und Garten. Assistenzärzte 1800—2200 M., alljährlich um 200 M. steigend, neben freier Station I. Klasse. Anstellung als Abteilungsarzt nach 3 jähriger Tätigkeit an einer hannoverschen Anstalt. Oberwärter 1300—2400 M., alle 3 Jahre um 100 M. steigend neben Wohnung, Feuerung, Licht und Garten. Oberwärterinnen 800—1200 M., alle 2 Jahre um 50 M. steigend neben freier Station I. Klasse.

In den Provinzialanstalten Westfalens (102) ist der Krankenbestand nach dem 1907 erstatteten Bericht pro 1905 im Laufe des Berichtsjahres von 3200 auf 3485 gestiegen. Durch Eröffnung von Warstein konnten 274 Kranke mehr aufgenommen werden als im Vorjahr, dennoch mußten 308 Aufnahmeanträge, 135 mehr wie im Vorjahr, abgelehnt werden! Die durchschnittlichen Gesamtkosten betrugen pro Kopf und Jahr in Marsberg 559,35 M., in Lengerich 543,49 M., in Münster 540,67 M., in Aplerbeck 563,30 M., in Eickelborn 383,50 M.

Marsberg: Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 606 Kranke. Zugang 156 Kr.; 127 (51 M. 76 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 5 M. mit Paralyse, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Epilepsie, 10 (5 M. 5 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 1 M. mit Delirium pot. Zur Beobachtung 7 (6 M. 1 Fr.). Heredität bei 35 (18 M. 17 Fr.). Trunksucht war 6 mal (6 M.), Wochenbett und Schwangerschaft 6 mal, Senium 6 mal (5 M. 1 Fr.) Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 30 (7 M. 23 Fr.) bis 1 Monat, bei 23 (12 M. 11 Fr.) 2—3 Monate, bei 16 (7 M. 9 Fr.) 4—6 Monate, bei 14 (8 M. 6 Fr.) 7—12 Monate, bei 9 (5 M. 4 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 57 (28 M. 29 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 196 (94 M. 102 Fr.), davon geheilt 35 (12 M. 23 Fr.), gebessert 49 (24 M. 25 Fr.), ungeheilt 64 (32 M. 32 Fr.), gestorben 40 (19 M. 21 Fr.) = 5,25% der Verpflegten. Paralyse war 7 mal (5 M. 2 Fr.), Tuberkulose 5 mal (2 M. 3 Fr.) Todesursache.

Lengerich: Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 655 Kranke. Zugang 238 (128 M. 110 Fr.). 184 (88 M. 96 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 14 (13 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 9 (7 M. 2 Fr.) mit Epilepsie, 24 (13 M. 11 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 M. mit Alkoholismus. Zur Beobachtung 3 M. Heredität bei 113 (60 M. 53 Fr.). Trunksucht war 15 mal (14 M. 1 Fr.), Lues 5 mal, Schwanger-

schaft, Wochenbett und Laktation 11 mal, Haft 12 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 16 (9 M. 7 Fr.) bis zu 4 Wochen, bei 47 (23 M. 24 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 31 (16 M. 15 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 29 (15 M. 14 Fr.) bis zu 1 Jahr, bei 26 (13 M. 13 Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 86 (49 M. 37 Fr.) mehr als 2 Jahre.

Von 238 Aufnahmen waren 132 von vornherein voraussichtlich unheilbar. Abgang 208 (115 M. 93 Fr.). Geheilt 38 (23 M. 15 Fr.), gebessert 52 (34 M. 18 Fr.), ungeheilt 78 (36 M. 42 Fr.), gestorben 37 (19 M. 18 Fr.) = 4,14% aller Verpflegten. Tuberkulose war 8 mal (3 M. 5 Fr.), Krebs 3 mal (2 M. 1 Fr.), Paralyse 4 mal Todesursache.

Münster: Bestand am 1. April 1905: 660 Kranke. Zugang 178 (107 M. 71 Fr.). 141 (74 M. 67 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 9 (8 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 1 M. mit Epilepsie, 17 (14 M. 3 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie. Zur Beobachtung 10 M. Heredität bei 68 (37 M. 31 Fr.). Trunksucht war 13 mal (12 M. 1 Fr.), Lues 5 mal (4 M. 1 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation 13 mal, Klimakterium 2 mal, Senium 9 mal (3 M. 6 Fr.), Strafhaft 4 mal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 6 (2 M. 4 Fr.) bis zu 1 Monat, bei 23 (10 M. 13 Fr.) 1—2 Monate, bei 13 (9 M. 4 Fr.) bis zu 6 Monaten, bei 24 (13 M. 11 Fr.) bis 12 Monate, bei 10 (8 M. 2. Fr.) bis zu 2 Jahren, bei 87 (52 M. 35 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 185 Kr., geheilt 16 (3 M. 13 Fr.), gebessert 46 (25 M. 21 Fr.), ungeheilt 87, gestorben 29 (10 M. 19 Fr.) = 3,46% aller Verpflegten. Das früher etatsmäßige Bier wird auch dem Dienst- und Pflegerpersonal sowie den beschäftigten Kranken nicht mehr verabfolgt, statt dessen wird Milch oder Kaffee mit Milch gegeben; das Personal erhält außerdem eine Geldentschädigung.

Aplerbeck: Bestand am 1. April 1905: 698 Kranke. Zugang 183 (106 M. 77 Fr.), 113 (57 M. 56 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 16 (11 M. 5 Fr.) mit Paralyse, 3 (1 M. 2 Fr.) mit Epilepsie und Hysterie, 15 (4 M. 11 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 M. mit Alkoholismus; zur Beobachtung 32 (29 M. 3 Fr.). Heredität bei 67 (43 M. 24 Fr.). Trunksucht war bei 6 (5 M. 1 Fr.), Lues bei 2 M., Senium bei 6 (2 M. 4 Fr.), Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett bei 8 Fr., Trauma bei 6 M., Klimakterium bei 1 Fr. Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 20 (9 M. 11 Fr.) bis 1 Monat, bei 23 (13 M. 10 Fr.) 1—3 Monate, bei 8 (4 M. 4 Fr.) 3—6 Monate, bei 6 (2 M. 4 Fr.) 6—12 Monate, bei 20 (18 M. 2 Fr.) 1—2 Jahre, bei 74 (31 M. 43 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 220 (134 M. 86 Fr.). Geheilt 18 (9 M. 9 Fr.), gebessert 40 (20 M. 20 Fr.), ungeheilt 88 (51 M. 37 Fr.), nach Beobachtung 35 (31 M. 4 Fr.), gestorben 39 (23 M. 16 Fr.) = 4,43% aller Verpflegten. Paralyse war bei 8 (6 M. 2 Fr.), Tuberkulose bei 4 (3 M. 1 Fr.) Todesursache. In Familienpflege waren bei Anstaltsbediensteten 18 (8 M. 10 Fr.).

Warstein: 1902 beschloß der 43. westfälische Landtag die Errichtung einer fünften Heilanstalt für Geisteskranke. In unmittelbarer Nähe des Bahnhofes Warstein wurde daraufhin geeignetes Gelände in der Größe von 124 ha 27 a angekauft und 1903 mit dem Bau begonnen. Im August 1905 kamen die ersten

Kranken aus Lengerich. Bis zum Schlusse des Berichtsjahres standen im ganzen 326 Plätze für Halbruhige und Unruhige. ruhige und unruhige überwachungsbedürftige Kranke zur Verfügung. Aus der vierten Heilanstalt wurden 223 (119 M. 104 Fr.) überführt. Neu aufgenommen wurden 113 (63 M. 50 Fr.), davon litten 87 (44 M. 43 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 5 M. an Paralyse, 12 (10 M. 2 Fr.) an Epilepsie, 9 (4 M. 5 Fr.) an Imbezillität. Heredität bei 32 (15 M. 17 Fr.). Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 10 M. Trunksucht war bei 8 (7 M. 1 Fr.), Lues bei 2 M., Senium bei 9 (5 M. 4 Fr.), Klimakterium und Wochenbett je 1 mal, Strafhaft bei 2 M., Kopfverletzungen und sonstige Unfälle bei 5 M. Krankheitsursachen. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 14 (5 M. 9 Fr.) bis 1 Monat, bei 10 (6 M. 4 Fr.) 1—3 Monate, bei 24 (12 M. 12 Fr.) 3—12 Monate, bei 15 (11 M. 4 Fr.) 1—2 Jahre, bei 50 (29 M. 21 Fr.) über 2 Jahre. Abgang 19 (15 M. 4 Fr.), gebessert 6 M., ungeheilt 1 M., gestorben 12 (8 M. 4 Fr.) = 3,57% aller Verpflegten.

In Eickelborn, bestimmt zur Aufnahme von ruhigen, blöden, großenteils arbeitsunfähigen Geisteskranken aus den Heilanstalten, ist ein Bewahrhaus für 48 Kranke erbaut, „welche wegen verbrecherischer Neigungen verschärfter Aufsicht bedürfen und sich für den Betrieb einer Heilanstalt besonders störend erweisen". Die Anstalt verfügt jetzt über 600 Plätze. Bestand am Beginn des Berichtsjahres 581 Kranke. Zugang 63 (48 M. 15 Fr.); 41 (35 M. 6 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 3 M. mit Paralyse, 17 (9 M. 8 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 2 (1M. 1 Fr.) mit Epilepsie. Sterblichkeit = 4,97% aller Verpflegten. Tuberkulose war 5 mal, Paralyse 2 mal, Krebs 1 mal Todesursache. In Familienpflege 5 Kranke. Im Bewahrhaus verblieben am Jahresschlusse 49 M., in der ganzen Anstalt 603 Kr.

Eichberg (39): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 737 (386 M. 351 Fr.). Zugang 227 (148 M. 79 Fr.). 152 (90 M. 62 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 16 (13 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 23 (15 M. 8 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 9 (8 M. 1 Fr.) mit Epilepsie, 6 (1 M. 5 Fr.) mit Hysterie, 18 M. mit Alkoholismus, 3 M. nicht geisteskrank, 19 zur Beobachtung, Heredität bei 73 (50 M. 23 Fr.). Alkoholmißbrauch war bei 22 M., Lues bei 10 (9 M. 1 Fr.), Senium bei 9 (4 M. 5 Fr.), Puerperium und Klimakterium je einmal Krankheitsursache. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 28 (17 M. 11 Fr.) bis zu 3 Monaten, bei 21 (14 M. 7 Fr.) 3—6 Monate, bei 175 (114 M. 61 Fr.) über 6 Monate. Abgang 222 (121 M. 101 Fr.) genesen 6 (2 M. 4 Fr.), gebessert 49 (33 M. 16 Fr.), ungebessert 109 (47 M. 62 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 55 (36 M. 19 Fr.). Tuberkulose war bei 8 (3 M. 5 Fr.), Paralyse bei 8 M., Krebs bei 4 (1 M. 3 Fr.) Todesursache. In Familienpflege 102 (29 M. 73 Fr.). Einführung der elektrischen Beleuchtung; den Strom für die Lichtanlage liefern die Rheingau-Elektrizitätswerke, mit denen ein günstiger Vertrag abgeschlossen werden konnte. Gesamtausgabe 601 747 M.

Weilmünster (101): Das Etatsjahr begann mit 849 (424 M. 425 Fr.). Zugang 226 (123 M. 103 Fr.). 127 (58 M. 69 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 36 (27 M. 9 Fr.) mit Paralyse, 11 (5 M. 6 Fr.) mit Epilepsie, 7 (2 M. 5 Fr.) mit Hysterie, 27 (14 M. 13 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 17 (16 M. 1 Fr.) mit Al-

koholismus), 1 M. nicht geisteskrank. Zur Beobachtung 3 M.; Heredität bei 101 (60 M. 41 Fr.), Alkoholmißbrauch war bei 30 (27 M. 3 Fr.), Lues bei 17 (14 M. 3 Fr.), Senium bei 21 (9 M. 12 Fr.), Schwangerschaft, Wochenbett und Laktation 12 mal, Gefängnishaft 8 mal Krankheitsursache. 68 (59 M. 9 Fr.) der Neuaufnahmen war mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 31 (17 M. 14 Fr.) unter 3 Monaten, bei 28 (16 M. 12 Fr.) 3—6 Monate, bei 167 (90 M. 77 Fr.) über 6 Monate. Abgang 198 (96 M. 102 Fr.). Geheilt 10 (4 M. 6 Fr.), gebessert 49 (25 M. 24 Fr.), ungeheilt 49 (17 M. 32 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., beurlaubt 2 Fr., gestorben 86 (48 M. 38 Fr.) = 10% aller Verpflegten. Typhus war 2 mal, Dysenterie 1 mal, Tuberkulose 15 mal Todesursache. Zirka 25% der Verstorbenen waren Paralytiker. 150 Influenza-, 9 Erysipelfälle. Auf der Frauenseite wird kein Alkohol mehr verabreicht, auf der Männerseite ist der Alkoholverbrauch erheblich eingeschränkt.

Rheinprovinz (81): In den 7 Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten befanden sich zu Beginn des Berichtsjahres 4836 (2612 M. 2224 Fr.). Zugang 3284 (1922 M. 1362 Fr.). Abgang 3016 (1777 M. 1239 Fr.). Bleibt Bestand 5104 (2757 M. 2347 Fr.).

Andernach: Bestand am 1. April 1906: 500 (265 M. 235 Fr.). Zugang 288 (173 M. 115 Fr.); 229 (128 M. 101 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 21 (19 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 12 (10 M. 2 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 19 (10 M. 9 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 3 M. mit Delirium pot., nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.). Abgang 282 (167 M. 115 Fr.), genesen 37 (25 M. 12 Fr.), gebessert 99 (55 M. 44 Fr.), ungeheilt 103 (60 M. 43 Fr.), nicht geisteskrank 2 M., gestorben 41 (25 M. 16 Fr.). Bleibt Bestand 506 (271 M. 235 Fr.).

Bonn: Bestand am 1. April 1906: 705(372 M. 333 Fr.). Zugang 663 (391 M. 272 Fr.); 484 (244 M. 240 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 47 (39 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 61 (45 M. 16 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 14 (9 M. 5 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 26 M. mit Delirium pot., 31 (28 M. 3 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 643 (381 M. 262 Fr.), genesen 131 (68 M. 63 Fr.), gebessert 201 (121 M. 80 Fr.), ungeheilt 154 (89 M. 65 Fr.), nicht geisteskrank 43 (39 M. 4 Fr.), gestorben 114 (64 M. 50 Fr.). Bleibt Bestand 725 (382 M. 343 Fr.).

Düren: Bestand am 1. April 1906: 673 (378 M. 295 Fr.). Zugang 251 (128 M. 123 Fr.); 194 (87 M. 107 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 10 (8 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 16 (12 M. 4 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 24 (15 M. 9 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 (3 M. 1 Fr.) mit Delirium pot., 3 M. nicht geisteskrank. Abgang 236 (138 M. 98 Fr.), genesen (25 M. 20 Fr.), gebessert 58 (29 M. 39 Fr.), ungeheilt 59 (47 M. 12 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 71 (34 M. 37 Fr.). Bleibt Bestand 688 (368 M. 320 Fr.).

Galkhausen: Bestand am 1. April 1906: 804 (401 M. 403 Fr.). Zugang 515 (285 M. 230 Fr.); 352 (154 M. 198 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 68 (50 M. 18 Fr.) mit Paralyse, 34 (26 M [illegible] Seelenstörung mit Epilepsie, 22 (16 M. 6 Fr.) mit Imbezillität u[illegible] Delirium pot., 27 M. nicht geitseskrank. Abgang 482 (27[illegible] M. 39 Fr.), gebessert



191 (100 M. 91 Fr.), ungeheilt 82 (51 M. 31 Fr.), nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.), gestorben 115 (72 M. 43 Fr.). Bleibt Bestand 809 (481 M. 328 Fr.).

Johannisthal: Bestand am 1. April 1906: 617 (378 M. 239 Fr.). Zugang 538 (304 M. 234 Fr.); 282 (126 M. 156 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 31 (23 M. 8 Fr.) mit Paralyse, 102 (68 M. 34 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 90 (67 M. 23 Fr.) mit Epilepsie, 26 (14 M. 12 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 M. mit Delirium pot., nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.). Abgang 386 (223 M. 163 Fr.); genesen 44 (25 M. 19 Fr.), gebessert 163 (80 M. 83 Fr.), ungeheilt 115 (81 M. 34 Fr.), nicht geisteskrank 3 (2 M. 1 Fr.), gestorben 61 (35 M. 26 Fr.). Bleibt Bestand 769 (459 M. 310 Fr.).

Die neueste rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Johannisthal (57) hat am 1. Juli 1905 die ersten Kranken aufgenommen; mit ihrem Bau ist sogleich nach Vollendung von Galkhausen im Jahre 1902 begonnen worden. Die reich ausgestattete Beschreibung der Anstalt gibt an der Hand zahlreicher Abbildungen, Bilder und Pläne einen klaren Überblick über ihre innere und äußere Einrichtung. Das gesamte Anstaltsgelände beträgt 134,6 ha, davon entfallen 26,2 ha auf die eigentliche Anstalt, die sich als eine koloniale, mit den modernsten Einrichtungen versehene Anlage darstellt; ihre Belegungsfähigkeit ist auf zirka 800 Kranke festgesetzt. Es werden nicht nur Geisteskranke, sondern auch Epileptiker aufgenommen und namentlich epileptische Kinder zur Heilbehandlung. Eine poliklinische Station gewährt unbemittelten Epileptikern unentgeltliche ärztliche Untersuchung und Beratung. Die Aufnahmehäuser sowie die Häuser für Unruhige und die Lazarette sind einstöckig, alle übrigen Häuser zweistöckig gebaut. Fernheizung, elektrische Beleuchtung, Warmwasserbereitung in den Kellern der einzelnen Gebäude durch besondere Dampfleitungen von der zentralen Kesselstation aus, Wasserversorgung aus 10 Rohrbrunnen. Die Abwässer passieren eine künstliche Kläranlage nach dem biologischen System und gelangen dann in die als Vorflut dienenden Niers. Ein Schmalspurgleis durchzieht die ganze Anstalt, darauf vermittelt eine elektrische Lokomotive mit Anhängewagen den Transport der Speisen, Wäsche usw. von und nach den Abteilungen, nach den Wirtschaftsgebäuden und nach der Ökonomie.

Merzig: Bestand am 1. April 1906: 741 (368 M. 373 Fr.). Zugang 323 (187 M. 136 Fr.). 265 (146 M. 119 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 25 (19 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 17 (10 M. 7 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 12 (9 M. 3 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 4 (3 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 294 (168 M. 126 Fr.); genesen 48 (30 M. 18 Fr.), gebessert 105 (69 M. 36 Fr.), ungeheilt 77 (35 M. 42 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 60 (31 M. 29 Fr.). Bleibt Bestand: 770 (387 M. 383 Fr.).

Typhuserkrankungen in Bonn, Galkhausen und Merzig; in Merzig 3 Bazillenträgerinnen, die isoliert gehalten werden. Suicid war in Galkhausen, Grafenberg und Merzig je 1 mal Todesursache. 12 Entbindungen, in Andernach (2), Düren (2), Bonn (3), Grafenberg (5). An Tuberkulose litt 1,9% aller Anstaltspfleglinge. Es starben von den 8120 in allen Anstalten Verpflegten im ganzen 567 = 6,98%, an Tuberkulose 0,9%. Heredität bei 34,3% (33,6% M. 35,3% Fr.)

aller Aufnahmen. Alkoholmißbrauch fand sich als Krankheitsursache bei 13% (20% M. 3,8% Fr.) sämtlicher Aufnahmen. Bei 32% der aufgenommenen Paralysen war Lues nachweisbar. 25,5% M. und 4,7% Fr. waren vor ihrer Aufnahme mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Ausgabe für Arznei und Krankenpflege durchschnittlich pro Kopf und Jahr 8,63 M. Im Bewahrungshause in Düren wurden 58 Kranke verpflegt; Durchschnittsbestand 48, 3 Kranke wurden genesen bzw. gebessert entlassen, 4 in andere Anstalten, 3 in die Hauptanstalt versetzt; Gesamtausgabe 3 534 339 M.

Sanitätsrat Dr. *von Ehrenwall* berichtet aus Anlaß des dreißigjährigen Bestehens seines Sanatoriums für Nerven- und Gemütskranke in Ahrweiler (25) in eingehender Weise über die Anstalt. Die vorzüglich ausgestattete Festschrift zeigt uns die mit großem Komfort und modernsten Einrichtungen versehene Anstalt in Wort und Bild.

Tannenhof (94): Höchstbestand 442 Kranke. Zugang 192, Abgang 190 (88 M. 102 Fr.); nicht geisteskrank 10 (7 M. 3 Fr.), ungeheilt 52 (25 M. 27 Fr.), gebessert 65 (27 M. 38 Fr.), genesen 18 (3 M. 15 Fr.), gestorben 45. Bleibt Bestand 426.

Ansbach (24): Bestand am 1. Januar 1906: 415 (210 M. 205 Fr.), Zugang 243 (133 M. 110 Fr.), davon 101 (46 M. 55 Fr.) erste Aufnahme, 185 (97 M. 88 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 11 (8 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 27 (14 M. 13 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 14 (8 M. 6 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 2 M. mit Delirium pot., 4 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 56% (71,4% M. 43,1% Fr.). Mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren 26,5% M. und 3,4% Fr. Abgang 171 (94 M. 77 Fr.). Genesen 36 (22 M. 14 Fr.), gebessert 43 (28 M. 15 Fr.), ungeheilt 15 (6 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 5 M., gestorben 72 (33 M. 39 Fr.). An Tuberkulose starben 13 (5 M. 8 Fr.). Beschäftigt wurden durchschnittlich 43,4% M. und 26,0% Fr. Die Dauerbäder wurden vermehrt, die Entwöhnung von alkoholischen Getränken wird weiter durchgeführt. Gesangs- und Turnunterricht. Mit der Verbringung der frisch Erkrankten in die Anstalt wird immer noch zu sehr gezögert infolge von Mißtrauen gegen die Anstalt und Neigung zu Gebetsheilungsversuchen.

Bayreuth (27): Bestand am 1. Januar 1906: 626 (346 M. 280 Fr.). Zugang 226 (132 M. 94 Fr.), davon 177 (98 M. 79 Fr.) erste Aufnahmen. 156 (77 M. 79 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 16 (14 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 23 (16 M. 7 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 14 (10 M. 4 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 13 (11 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus, 4 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 89 (40 M. 49 Fr.). 41 (33 M. 8 Fr.) waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Abgang 218 (129 M. 89 Fr.). Genesen 13 (6 M. 7 Fr.), gebessert 68 (31 M. 37 Fr.), ungebessert 82 (67 M. 15 Fr.), davon 59 (50 M. 9 Fr.) in andere Anstalten, meist nach Kutzenberg, nicht geisteskrank 4 M., gestorben 52 (22 M. 30 Fr.). Tuberkulose war bei 9 (2 M. 7 Fr.) Todesursache. Gesamtausgabe 419 521 M.

Eglfing (38): Bestand am [illegible] 1906: 878 (442 M. 436 Fr.). Zugang 583 (367 M. 216 Fr.). 330 (157 [illegible] Seelenstörung, 95 (72 M. 23 Fr.) mit Paralyse, 34 (26 [illegible] Seelenstörung, 33 (23 M.



10 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 73 (71 M. 2 Fr.) mit Delirium pot., 18 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 255 (141 M. 114 Fr.). Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 59 M., davon waren 17 M. nicht geisteskrank. Abgang 455 (298 M. 157 Fr.); genesen 34 (17 M. 17 Fr.), gebessert 110 (55 M. 55 Fr.), ungebessert 170 (128 M. 42 Fr.), gestorben 124 (81 M. 43 Fr.) = 8,49% aller Verpflegten. Auf Tuberkulose trafen 12,1% der Todesfälle, Krebs war 3 mal Todesursache. Die mustergültigen technischen Anlagen haben sich auch im wirtschaftlichen Betriebe vorzüglich bewährt. Gesamtausgabe 982 763 M.

Gabersee (47): Bestand am 1. Januar 1906: 729 (381 M. 348 Fr.). Zugang 187 (91 M. 96 Fr.), davon 122 (57 M. 65 Fr.) erstmalige Aufnahmen. 80,9% (30,1% M. 50,8% Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 8,8% (7,3% M. 1,5% Fr.) mit Paralyse, 3,7% (2,2% M. 1,5% Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 3,7% (2,2% M. 1,5% Fr.) mit Imbezillität, 2,9% mit Alkoholismus. Abgang 190 (93 M. 97 Fr.); genesen 15,8% (5,8% M. 10% Fr.), gebessert 34,2% (20% M. 14,2% Fr.), ungebessert 12,1% (6,8% M. 5,3%Fr.), gestorben 72 = 37,9% (16,3% M. 21,6% Fr.). Tuberkulose war 20 mal, Krebs 1 mal, Dysenterie 3 mal Todesursache. Mortalität des Gesamtbestandes 7,9%. Gesamtausgabe 414 368 M.

Kaufbeuren (58): Bestand am 1. Januar 1906: 545 (258 M. 287 Fr.). Zugang 323 (163 M. 160 Fr.), davon erste Aufnahmen 222 (110 M. 112 Fr.). 222 (86 M. 136 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 32 (26 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 20 (11 M. 9 F.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 17 (10 M. 7 Fr.) mit Imbezillität, 24 (22 M. 2 Fr.) mit Delirium pot., 8 M. nicht geisteskrank. Heredität bei 52,7%. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 24 (23 M. 1 Fr.). 14,2% wurden wegen „Gemeingefährlichkeit" eingewiesen. 32,4% aller Erstaufnahmen kam im ersten Vierteljahr der Erkrankung. Abgang: 304 (145 M. 159 Fr.). Genesen 12 (5 M. 7 Fr.), gebessert 145 (76 M. 69 Fr.), ungeheilt 88 (36 M. 52 Fr.), nicht geisteskrank 8, gestorben 51 (20 M. 31 Fr.). 17,6% der Todesfälle durch Tuberkulose, 23,5% durch Paralyse bedingt. Krebs war 2 mal Todesursache. Mortalität = 6% des Gesamtbestandes. Beschäftigt wurden durchschnittlich 48%. Gesamtausgabe 579 110 M.

In der Pflegeanstalt Irsee: Bestand am 1. Januar 1906: 266 (125 M. 141 Fr.). Zugang 31 (14 M. 17 Fr.), meist aus Kaufbeuren. Abgang 32 (16 M. 16 Fr.); gebessert 2 M., ungebessert in andere Anstalten 10 (3 M. 7 Fr.), gestorben 20 (11 M. 9 Fr.). Bleibt Bestand 265 (123 M. 142 Fr.). Gesamtausgabe 196 921 M.

Kutzenberg (62): Bestand am 1. Januar 1906: 105 (71 M. 34 Fr.). Zugang 62 (45 M. 17 Fr.), davon 16 frische Aufnahmen. 59 (42 M., 17 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 1 M. mit Paralyse, 1 M. mit Seelenstörung mit Epilepsie, 1 M. nicht geisteskrank. Abgang 28 (18 M. 10 Fr.). Genesen 2 Fr., gebessert 10 (7 M. 3 Fr.), ungebessert 11 (9 M. 2 Fr.), gestorben 4 (1 M. 3 Fr.). Bleibt Bestand 139 (98 M. 41 Fr.). Die Anstalt befindet sich noch in Entwicklung. In Betrieb sind 3 offene Männer- und 2 offene Frauenlandhäuser sowie eine Wachabteilung für M. und F. Der günstige Einfluß der „offenen Verpflegung und ausgedehnter Beschäftigung", verbunden mit Bett- und Badebehandlung neben intensiver Einschränkung der Alkoholabgabe tritt überall deutlich zutage. Neuen

Kranken wird Bier überhaupt nicht mehr verabreicht, dem Personal „Biergeld" ausbezahlt.

Der Bericht über die Königliche Psychiatrische Klinik in München (69) umfaßt die Jahre 1904 und 1905. Nach der Eröffnung am 7. November 1904 wurden in den beiden letzten Monaten dieses Jahres noch 261 (156 M. 105 Fr.) aufgenommen. Zugang im Jahre 1905: 1600 (990 M. 610 Fr.). Wie in allen Großstadtasylen steht die alkoholische Geistesstörung im Vordergrunde, in zweiter Linie kommt die Dementia praecox, dann die Epilepsie, deren starkes Überwiegen beim männlichen Geschlecht ihre ursächliche Beziehung zum Alkoholismus zeigt. Danach kommen Paralyse, Hysterie, Psychopathie und manisch-depressives Irresein. Über Krankendienst, Unterricht und wissenschaftlichen Dienst der Klinik wird besonders berichtet. Interessante Ausführungen bei Besprechung der einzelnen Krankheitsformen zeigen, in welch hervorragender Weise das reiche Material der Klinik bearbeitet wird.

Die Landes-Heil- und Pflegeanstalten für Geisteskranke im Königreich Sachsen (86) und die Heil- und Pflegeanstalt für Epileptische begannen das Berichtsjahr mit 4548 (2138 M. 2410 Fr.). Zunahme gegen das Vorjahr 90 Kr. Verhältniszahl der in Anstalten verpflegten Kr. zur Bevölkerungszahl nicht viel über 1‰. Gesamtzugang im Berichtsjahr 919 (489 M. 430 Fr.). Gesamtabgang 819 (452 M. 367 Fr.).

Anfangsbestand in Sonnenstein 549 (311 M. 238 Fr.), in Untergöltzsch 507 (254 M. 253 Fr.), in Zschadraß 475 (242 M. 233 Fr.), in Großschweidnitz 412 (164 M. 248 Fr.), in Hubertusburg A 508 (482 M. 26 Fr.) u. B 824 Fr., in Colditz 598 (307 M. 251 Fr.), in Hochweitzschen 675 (311 M. 238 Fr.). Zugang in Sonnenstein 171 (100 M. 71 Fr.), in Untergöltzsch 149 (70 M. 79 Fr.), in Zschadraß 111 (48 M. 63 Fr.), in Großschweidnitz 155 (73 M. 82 Fr.), in Hubertusberg A. 105 M., B. 91 Fr., in Colditz 39 (25 M. 14 Fr.), in Hochweitzschen 87 (60 M. 27 Fr.). Bei 27,9% betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme noch nicht 3 Monate; 54% wurden innerhalb des ersten Krankheitsjahres aufgenommen; über 5 Jahre waren krank 14,8%. Bezeichnend ist das Überwiegen der weiblichen Melancholiker über die männlichen 37 : 13. 21,7% M. und 6,2% Fr. von den Neuaufgenommenen litten an Paralyse. Bei 49,3% der Zugänge fand sich Heredität, daneben individuelle abnorme Veranlagung bei 14%. Bei 35,4% der aufgenommenen Männer (bei 0,7% Fr.) war Alkoholmißbrauch Krankheitsursache. 43,7% und 52,8% der weiblichen Paralysen hatten Lues durchgemacht. Von den Aufnahmen in Colditz waren 82,7% M. und 68,7% Fr. mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten. Als genesen und gebessert wurden 345 (173 M. 168 Fr.) entlassen. Wenn ein erheblicher Kurerfolg erzielt wurde, so geschah das wieder meist im ersten Behandlungsjahre. Ein an schwerer Katatonie leidender Arzt genas nach 13jähriger Krankheit und treibt jetzt in seiner Heimat wieder erfolgreich Praxis. Sterblichkeit = 6,76% des durchschnittlichen Gesamtbestandes. Mortalität wie immer bei den Männern größer als bei den Frauen. Bei 15,8% der Verstorbenen war Tuberkulose Todesursache. Wegen Überfüllung aller Anstalten ist der Bau einer neuen großen Pflegeanstalt zur Entlastung der Heil- und Pflegeanstalten in [illegible]—Görlitzer Bahn) beschlossen und

ins Werk gesetzt. In Zschadraß wurde ein Neubau für 36 sicherungsbedürftige Männer aufgeführt. Die Krankenbeschäftigung schwankt in den einzelnen Anstalten zwischen 38 und 65% bei den Männern und 25 und 59% bei den Frauen. Die Zahl der landwirtschaftlichen Arbeiter, so wird geklagt, nimmt stetig ab. „Die Zeit, da man als Ideal das große Rittergut als Mittelpunkt der Anstalt mit Enthusiasmus proklamierte, ist jedenfalls bereits vorüber und wird wohl kaum wiederkehren; um so mehr drängt sich das Bedürfnis nach umfassenden Einrichtungen für schwere, der rein ärztlichen Behandlung bedürftige Kranke, nach Einrichtungen für Bettbehandlung, für Liegekuren im Freien, für hydriatische Maßnahmen aller Art, für Ernährungstherapie, Massage, Heilgymnastik usw. auf."

Die Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim ist seit 1. Mai 1905 von der Strafanstalt abgetrennt und als selbständige Anstalt mit ärztlicher Leitung unter die Landes-Heil- und Pflegeanstalten eingereiht. Sie hat alle Gefangenen der Landesstrafanstalt, welche geistig erkranken, zu beobachten und daneben Geisteskranke mit verbrecherischem Vorleben aufzunehmen. Höchster Krankenbestand 191 Kr. Zugang 26. Abgang 31.

Die Heilanstalt Dösen begann das Berichtsjahr mit 830 (439 M. 391 Fr.). Zugang 463 (255 M. 208 Fr.), davon 85 (60 M. 25 Fr.) mit Paralyse = 18,4%, und zwar 23,5% M. und 12% Fr. Lues war in 29 Fällen = 34,1% nachweisbar. Bei 25,1% der Aufnahme betrug die Krankheitsdauer höchstens ½ Jahr. Abgang 411 (237 M. 174 Fr.). Geheilt 21 (11 M. 10 Fr.), gebessert 157 (92 M. 65 Fr.), ungeheilt 123 (70 M. 53 Fr.), gestorben 110 (64 M. 46 Fr.), davon 9,1% an Tuberkluose.

In den neuen Werkstättengebäuden stehen den Patienten geräumige, bequeme Arbeitsstätten zur Benutzung. Mit der Familienpflege in Liebertwolkwitz wurden ungünstige Erfahrungen gemacht; dieser Ort erwies sich als ungeeignet für die Familienpflege. Die Familienpflege in Dösen und Dölitz besteht fort. Die große Zahl von Alkoholikern, die sich in jedem Jahr unter den Aufgenommenen befindet, hat zu einer besonderen Einrichtung geführt: der Anstalt ist ein zweckmäßig eingerichtetes Trinkerasyl angegliedert, in dem den Patienten 75 Pfg. Arbeitslohn für den Tag gewährt wird. Dadurch wird ihre Arbeitsfreudigkeit gehoben, die Kranken können ihre Familien durch eigene Kraft unterstützen und bleiben so länger in ärztlicher Behandlung; sie werden veranlaßt, sich schon vor ihrer Entlassung einem Enthaltsamkeitsverein anzuschließen. Im Asyl wird die Wohltat des Familienverkehrs geboten. Leichte Arbeitsgelegenheit in der Gärtnerei.

Die Heilanstalt Dösen (36) begann das Berichtsjahr 1906 mit einem Bestand von 882 (457 M. 425 Fr.). Zugang 398 (230 M. 168 Fr.). 65% der Aufgenommenen kam aus der Psychiatrischen Klinik. 22,8% des Zugangs litt an Paralyse (27,8% M. 16,1% Fr.); luetische Infektion war bei 46,1% sicher nachweisbar. An spezifischen Alkoholpsychosen litten 9% des Zugangs. Heredität bei 39,4% (34,3% M. 46,4% Fr.) aller Aufnahmen. Bei der Paralyse spielte die Heredität eine geringere Rolle wie bei den anderen Psychosen. 33,2% der Aufnahmen waren noch nicht ½ Jahr krank. Abgang 370 (209 M. 161 Fr.). Geheilt 31 (17 M. 14 Fr.), gebessert 128 (73 M. 55 Fr.), ungeheilt 95 (51 M. 44 Fr.), gestorben 116 (68 M. 48 Fr.). Geheilt und gebessert = 42,9% der Entlassenen. Tuberkulose war

11 mal Todesursache. Günstige Erfahrung mit Freiluftbehandlung bei aufgeregten Kranken, mit Dauerbädern im Freien. Die im Vorjahre eingerichtete Außenabteilung für Trinker im Dorfe Dösen bewährt sich gut. Ausgang in die Stadt wird nicht vor Ablauf eines Vierteljahres völliger Abstinenz gewährt und diese Frist auch bei einem gelegentlichen Rückfall innegehalten.

Im Königreich Württemberg (105) trat zu den bisherigen 4 Staatsirrenanstalten die neuerbaute Heilanstalt Weinsberg und war alsbald voll belegt Einleitende Schritte, durch Vergrößerung der bestehenden Anstalten weitere Plätze zu schaffen, wurden getan. Versuchsweise sind den einzelnen Anstalten besondere Aufnahmebezirke zugeteilt, seitdem wickeln sich die Aufnahmen erheblich rascher und glatter ab. Die Gesamtzahl der in den Staatsanstalten Verpflegten ist gegenüber dem Vorjahr um 280 gestiegen. Der Zugang übersteigt den Abgang um 179.

Bestand am 1. Januar 1905: 2205 (1151 M. 1054 Fr.) und zwar in Winnental 424 (210 M. 214 Fr.), in Schussenried 470 (247 M. 223 Fr.), in Zwiefalten 565 (327 M. 238 Fr.), in Weißenau 503 (255 M. 248 Fr.), in Weinsberg 243 (112 M. 131 Fr.), Gesamtzugang 813 (457 M. 356 Fr.), und zwar in Winnental 133 (73 M. 60 Fr.), in Schussenried 138 (86 M. 52 Fr.), in Zwiefalten 70 (41 M. 29 Fr.), in Weißenau 78 (48 M. 30 Fr.), in Weinsberg 394 (209 M. 185 Fr.). 35,9% der Aufnahmen befanden sich im ersten Vierteljahr ihrer Erkrankung; bei 40,9% bestand die Krankheit länger als 1 Jahr. Die Aufnahmen im ersten Monat der Erkrankung haben zugenommen. Nach den Tabellen hierüber erkranken Männer vor dem 25. Lebensjahr häufiger als Frauen, im Alter zwischen 30 und 50 Jahren tritt ein Ausgleich ein, später überwiegen die Frauen erheblich in der Häufigkeit der Erkrankung. Heredität bei 54,9% der Aufnahmen. Mit dem Strafgesetz waren 16,6% in Konflikt geraten. Trunksucht war bei 6% Krankheitsursache.

Gesamtabgang 634 (378 M. 256 Fr.). Geheilt und gebessert 55%. Gestorben 139 = 22%. Die Todesfälle an Tuberkulose haben wieder zugenommen.

In den Privatirrenanstalten des Landes betrug die Gesamtzahl der behandelten Geisteskranken 1490, davon waren 53,6% Staatspfleglinge. Zugang 345. Abgang 347.

Emmendingen (41): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1428 (739 M. 689 Fr.). Zugang 411 (225 M. 186 Fr.), davon 342 erste und 69 wiederholte Aufnahmen. Vom Gesamtbestande litten 1400 Kranke an einfacher Seelenstörung, 17 an Paralyse, 155 an Imbezillität und Idiotie, 232 an Epilepsie mit Seelenstörung, 3 an Hysterie, 31 an Alkoholismus, 1 Neurasthenie; hiervon waren mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten 253 (209 M. 44 Fr.). Abgang 376 (214 M. 162 Fr.), davon 199 gebessert. Gestorben 99 (42 M. 57 Fr.). Tuberkulose war 24mal, Krebs 3mal, Paralyse 4mal Todesursache. Dauernde Überfüllung mit großen Unzuträglichkeiten. Beschäftigt wurden regelmäßig 34,31% des Gesamtbestandes. In Familienpflege befanden sich im ganzen 18 (4 M. 14 Fr.). Gesamtausgabe 1 301 580 M.

Freiburg i. B. (43): Krankenbestand am 1. Januar 1906: 160 (89 M. 71 Fr.), davon 395 erste Aufnahmen und 93 wiederholte Aufnahmen. Zugang 488 (264 M. 224 Fr.). Abgang 506 (285 M. 221 Fr.); geheilt 32, gebessert 157, ungebessert in andere Anstalten 287, gestorben 30. Bleibt Bestand 115 (55 M. 60 Fr.)

mit einfacher Seelenstörung, 3 (1 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 8 (4 M. 4 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 3 (2 M. 1 Fr.) mit Epilepsie, 5 Fr. mit Hysterie, 2 (1 M. 1 Fr.) mit anderen Krankheiten des Nervensystems, 6 (5 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus, Suicid durch Erhängen an einem Gasarm des Klosetts. Zur Beobachtung 19 Kr., 6mal wurde die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit bejaht.

In der Abteilung für Nervenkranke wurden 234 (132 M. 102 Fr.) behandelt, Anfangsbestand 15 (8 M. 7 Fr.), Abgang 216 (123 M. 93 Fr.). Bleibt Bestand 18 (9 M. 9 Fr.). In die Poliklinik kamen 592 (343 M. 249 Fr.), davon 528 neue Fälle.

Heidelberg (52): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 147 (75 M. 72 Fr.). Zugang 587 (327 M. 260 Fr.), davon 456 erste Aufnahmen. 127 (51 M. 77 Fr.) mit manisch-depressivem Irresein, 187 (90 M. 97 Fr.) gehörten der Dementia-präcox-Gruppe an, 50 (43 M. 7 Fr.) mit Paralyse, 48 (47 M. 1 Fr.) mit Alkoholismus. 25 (21 M. 4 Fr.) kamen zur Beobachtung gemäß § 81. Abgang 596 (326 M. 270 Fr.), geheilt 89, gebessert 117, gestorben 33 (17 M. 16 Fr.), in andere Anstalten 286. Dauernde Überfüllung bis zu 55%. Als unangenehme Folgen der Dauerbadbehandlung wurden häufig Trichophytien und Mittelohrentzündung beobachtet.

Illenau (56): Bestand am 1. Januar 1906: 650 (322 M. 328 Fr.). Zugang 503 (251 M. 252 Fr.), davon 361 erste Aufnahmen; 385 (167 M. 218 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 28 (21 M. 7 Fr.) mit Paralyse, 12 (5 M. 7 Fr.) mit Imbezillität und Idiotie, 8 (4 M. 4 Fr.) mit Epilepsie, 24 (9 M. 15 Fr.) mit Hysterie, 3 M. mit Neurasthenie, 35 (31 M. 4 Fr.) mit Alkoholismus, 1 M. mit Morphinismus. Zur Beobachtung 12 (11 M. 1 Fr.). Wegen Entmündigung wurden begutachtet 21 (13 M. 8 Fr.). Abgang 500 (254 M. 246 Fr.), genesen 68 (38 M. 30 Fr.), gebessert 270 (127 M. 143 Fr.), ungebessert und in andere Anstalten 102 (59 M. 43 Fr.), nicht geisteskrank 4 (3 M. 1 Fr.), gestorben 56 (27 M. 29 Fr.).

Tuberkulose war 11mal, Krebs 2mal Todesursache. Die Zunahme der Tuberkulosesterbefälle wird darauf zurückgeführt, daß mehrere Frauen schon in körperlich schwer erkranktem Zustand aufgenommen wurden. Bei 78,12% aller Paralysen war Lues nachweisbar (1901 nur bei 50%). Heredität bei 40,62%, Alkoholmißbrauch bei 31,25% aller Paralysen. 34,4% M. und 35,6% Fr. des Gesamtbestandes wurden auf Wachabteilungen verpflegt. Regelmäßig beschäftigt waren 30—40%. Täglich arbeitenden Kranken wurden neben Kostzulagen monatliche Belohnungen von 1—5 M. gegeben, im ganzen wurden so 2359 M. verteilt. Bei gangränösen Wunden und Decubitus ist mit gutem Erfolge 2—4% Lösung von Wasserstoffsuperoxyd (Perhydrol Merk) angewandt. Die neuen Beobachtungsabteilungen für ruhige und halbruhige Frauen wurden bezogen und sämtliche 59 Betten sofort belegt. Die Anfangsbezüge der Wärter und Wärterinnen sind auf 400 und 300 M. erhöht. Auf 3,88 Kranke kam eine Warteperson. Gesamtaufwand 786 270 M.

Pforzheim (77): Bestand am 1. Januar 1906: 645 (327 M. 318 Fr.). Zugang 75 (41 M. 34 Fr.), davon 70 erste Aufnahmen. Vom Gesamtbestand litten 532 (247 M. 285 Fr.) an einfacher Seelenstörung, 88 (59 M. 29 Fr.) an Paralyse, 16 (10 M. 6 Fr.) an Epilepsie mit Seelenstörung, 79 (47 M. 32 Fr.) an Imbezillität und Idiotie, 1 Mann an Hysterie, 4 M. an Alkoholismus. Abgang 85 (48 M. 37 Fr.); geheilt 3, gebessert 13, gestorben 61 (33 M. 28 Fr.). Tuberkulose war 14mal, Krebs

4mal, Paralyse 18mal Todesursache. 21 der Verstorbenen hat an Paralyse gelitten. In den Jahren 1860—1889 war die Paralyse bei 1464 Todesfällen 129 mal Todesursache, von 1890—1906 bei 884 Todesfällen 194 mal. Gesamtkosten 350 190 M.

Wiesloch (103): Bestand am Anfang des Berichtsjahres 160 (91 M. 69 Fr.). Zugang 212 (124 M. 88 Fr.), darunter 15 (14 M. 1 Fr.) mit Paralyse, 144 (60 M. 84 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 9 Männer mit Alkoholismus. Abgang 59 (40 M. 19 Fr.), gebessert 52 (36 M. 16 Fr.), ungebessert 3 (1 M. 2 Fr.), gestorben 4 (3 M. 1 Fr.). Die am 20. Oktober 1905 eröffnete Anstalt ist noch nicht vollendet, umfangreiche Neubauten, deren Pläne dem Bericht anliegen, sind im Laufe des Jahres in Angriff genommen; die Zentralanlagen werden weiter ausgebaut.

Gehlsheim (48): Krankenbestand am 1. Januar 1906: 302 (159 M. 143 Fr.). Zugang 273 (156 M. 117 Fr.), davon 14 M. mit Paralyse, 3 M. mit Delirium potatorum, 39 (19 M. 20 Fr.) nicht geisteskrank. Bei 88 (43 M. 45 Fr.) betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis zu ½ Jahr. Abgang 264 (145M. 119 Fr.); genesen 19 (11 M. 8 Fr.), gebessert 75 (53 M. 22 Fr.), ungeheilt 80 (37 M. 43 Fr.), nicht geisteskrank 33 (19 M. 14 Fr.), gestorben 57 (25 M. 32 Fr.). Zur Beobachtung kamen 9 M., davon waren 5 nicht geisteskrank. Zur Begutachtung nach Unfall 4 M. Ausgabe 248 570 M. Die Beköstigung in der 3. Klasse kostete pro Kopf und Tag 56 Pfg.

Sachsenberg (87): Bestand am 1. Januar 1906: 568 (295 M. 273 Fr.). Zugang 120 (61 M. 59 Fr.), davon 5 M. mit Paralyse, 1 M. mit Delirium potatorum. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 33 (18 M. 15 Fr.) bis zu 6 Monaten. Heredität bei 48 (21 M. 27 Fr.). Abgang 124 (68 M. 56 Fr.); genesen 17 (9 M. 8 Fr.), gebessert 25 (11 M. 14 Fr.), ungeheilt 38 (25 M. 13 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 43 (22 M. 21 Fr.). 14,17% der Aufnahme wurde geheilt entlassen. Die Todesfälle betrugen 6,7% des durchschnittlichen Bestandes. Bei 8,1% aller Sterbefälle war Tuberkulose Todesursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 4 M., davon waren 3 geisteskrank. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 75 Pfg. Gesamtausgabe 381 044 M.

Wehnen (100). Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 246 (133 M. 113 Fr.). Zugang 173 (86 M. 87 Fr.), davon 115 (45 M. 70 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 12 M. mit Paralyse, 3 M. mit Imbezillität, 8 (2 M. 6 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 9 (8 M. 1 Fr.) mit Alkoholpsychosen, 14 (10 M. 4 Fr.) nicht geisteskrank. Abgang 137 (64 M. 73 Fr.); geheilt und gebessert 67 (27 M. 40 Fr.), ungeheilt 31 (16 M. 15 Fr.), nicht geisteskrank 13 (9 M. 4 Fr.), gestorben 26 (12 M. 14 Fr.). Tuberkulose war 4mal Todesursache. Zur Beobachtung ihres Geisteszustandes kamen 11 (10 M. 1 Fr.).

Sigmaringen (91). Bestand am 1. Januar 1906: 130 (60 M. 70 Fr.). Zugang 37 (23 M. 14 Fr.),, davon 3 M. mit Paralyse, 7 M. mit Alkoholismus, 20 (11 M. 9 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie. Zur Beobachtung 2 (1 M. 1 Fr.). Abgang 37 (23 M. 14 Fr.); geheilt und gebessert 19 (10 M. 9 Fr.), ungeheilt 4 (2 M, 2 Fr.), gestorben 17 (8 M. 9 Fr.). In der Abteilung für körperlich Kranke wurden 354 (247 M. 107 Fr.) verpflegt.

R o d a (83): Bestand am 1. Januar 1906: 379 (191 M. 188 Fr.). Zugang 148 (82 M. 66 Fr.), davon 18 (16 M. 2 Fr.) mit Paralyse, 6 M. mit Alkoholismus. Heredität bei 73 (38 M. 35 Fr.). Alkoholmißbrauch bei 21 (20 M. 1 Fr.). Abgang 136 (75 M. 61 Fr.). Geheilt und gebessert 72 (36 M. 36 Fr.), ungeheilt 21 (11 M. 10 Fr.). Gestorben 43 (28 M. 15 Fr.), Tuberkulose war 5mal Todesursache. In der Abteilung für Körperkranke wurden verpflegt 266 (193 M. 73 Fr.).

F r i e d r i c h s b e r g (46): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1469 (695 M. 774 Fr.). Zugang 862 (501 M. 361 Fr.). 632 (333 M. 299 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 153 (118 M. 35 Fr.) mit paralytischer, 54 (34 M. 20 Fr.) mit epileptischer Seelenstörung, 23 (16 M. 7 Fr.) mit Imbezillität. Heredität bei 189 (96 M. 93 Fr.). Trunksucht bei 109 (103 M. 6 Fr.). Abgang 824 (457 M. 367 Fr.). Geheilt und gebessert 357 (171 M. 186 Fr.), ungebessert 284 (180 M. 104 Fr.), davon 104 (76 M. 28 Fr.) nach Langenhorn versetzt, gestorben 183 (106 M. 77 Fr.). Totalausgabe pro Kopf und Tag 2,41 M., die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 1,0494 M. Gesamtausgabe 1 345 882 M.

L a n g e n h o r n (65): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 607 (351 M. 256 Fr.), Zugang 134 (102 M. 32 Fr.). Abgang 62 (47 M. 15 Fr.); davon gestorben 20 (13 M. 7 Fr.). Im gesicherten Haus für gemeingefährliche Kranke waren am Jahresschluß 53. Die Einrichtungen dieses Bewahrungshauses haben sich bewährt; die zweckmäßige Anordnung der verschiedenen Räume, die freundliche Ausstattung von Zimmern und Gärten, die hier gebotene Beschäftigungsgelegenheit üben einen unverkennbar günstigen Einfluß auf die Kranken aus. Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag 0,9283 M. Gesamtausgabe 613 516 M.

E l l e n (40): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 446 (234 M. 212 Fr.) Zugang 356 (224 M. 132 Fr.), darunter 30 (23 M. 7 Fr.) mit Paralyse, 48 (41 M. 7 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 372 (231 M. 141 Fr.); geheilt und gebessert 188, ungeheilt 141, gestorben 43. Die Zahl der Familienquartiere auf dem Lande ist bedeutend vermehrt, die Familienpflege entsprechend erweitert worden. Bestand in der Familienpflege am Jahresschluß 146 (73 M. 73 Fr.). Die Anhäufung verbrecherischer Geisteskranker in der Anstalt führte zu großen Unannehmlichkeiten.

R o c k w i n k e l (82): Bestand am 1. Januar 1906: 16 (8 M. 8 Fr.). Zugang 11 (3 M. 8 Fr.). Abgang 14 (7 M. 7 Fr.). Geheilt 3 (1 M. 2 Fr.), gebessert 4 (1 M. 3 Fr.), ungeheilt 5 (3 M. 2 Fr.), gestorben 2 M., Heredität bei 14 (5 M. 9 Fr.) vom Bestand und Zugang.

L ü b e c k (67): Bestand am 1. April 1906: 212 (109 M. 103 Fr.). Zugang 86 (38 M. 48 Fr.), 67 (28 M. 39 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 10 (7 M. 3 Fr.) mit Paralyse, 3 Fr. mit Epilepsie, 5 (2 M. 3 Fr.) mit Imbezillität. Heredität bei 60,38% vom Bestand, bei 32,56% vom Zugang. Abgang 77 (38 M. 39 Fr.); geheilt und gebessert 33 (11 M. 22 Fr.), ungeheilt 19 (10 M. 9 Fr.), nicht geisteskrank 1 M., gestorben 24 (16 M. 8 Fr.). Bleibt Bestand 221 (109 M. 112 Fr.). Mit dem Bau der neuen Anstalt ist noch nicht begonnen. Die Beratungen und Verhandlungen über die fertiggestellten Pläne und Kostenanschläge sind noch nicht abgeschlossen.

S t e p h a n s f e l d - H ö r d t (93): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres: 1520 (707 M. 813 Fr.), davon 77 (40 M. 37 Fr.) mit Paralyse, 48 (44 M. 4 Fr.) mit

Alkoholismus. Zugang 460 (230 M. 230 Fr.); 46 (36 M. 10 Fr.) mit Paralyse, 19 (16 M. 3 Fr.) mit Alkoholismus. Die Krankheitsdauer vor der Aufnahme betrug bei 57 (32 M. 25 Fr.) bis zu einem Monat, bei 50 (21 M. 29 Fr.) bis zu 3 Monaten. bei 47 (20 M. 27 Fr.) bis zu 6 Monaten. Von den Erkrankungen an Paralyse entfallen 83% auf das 4. und 5. Jahrzehnt. Heredität bei 35,6% M. und 37,4% Fr. Zur Beobachtung gemäß § 81 kamen 5. Abgang 418 (210 M. 208 Fr.). Geheilt und gebessert 212 (87 M. 125 Fr.), ungeheilt 57 (40 M. 17 Fr.), nicht geisteskrank 7 (6 M. 1 Fr.), gestorben 142 (77 M. 65 Fr.) = 7,1% aller Verpflegten. 41 der Gestorbenen litten an Paralyse. Tuberkulose war 36mal, Erysipel 2mal, Suicid 3mal Todesursache. Einrichtung von drei weiteren Wachstationen. In Familienpflege 10 Kr. Gesamtausgabe 790 679 M: Die Beköstigung kostete pro Kopf und Tag durchschnittlich 0,6655 M.

Saargemünd (85): Bestand am 1. Januar 1906: 612 (312 M. 300 Fr.) darunter 44 (28 M. 16 Fr.) mit Paralyse, 6 (4 M. 2 Fr.) mit alkoholischer Seelenstörung. Zugang 198 (128 M. 70 Fr.). 145 (88 M. 57 Fr.) mit einfacher Seelenstörung, 22 (18 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 7 (5 M. 2 Fr.) mit Seelenstörung mit Epilepsie, 12 (6 M. 6 Fr.) mit Idiotie und Imbezillität,, 4 mit alkoholischer Seelenstörung 8 (7 M. 1 Fr.) nicht geisteskrank. Mit dem Strafgesetz waren vor der Aufnahme in Konflikt geraten 45 (39 M. 6 Fr.), Alkoholmißbrauch war bei 24,7% Krankheitsursache, Heredität bei 74 (48 M. 26 Fr.). Zur Beobachtung kamen 13 M., davon wurden 7 als krank befunden. Abgang 232 (136 M. 96 Fr.). Genesen und gebessert 142 (87 M. 55 Fr.), ungeheilt 41 (30 M. 11 Fr.), gestorben 49 (19 M. 30 Fr.). Mortalität im Durchschnitt = 8,4%. Tuberkulose war 6mal, Typhus 1mal, Suicid 1mal Todesursache. 12 Typhusfälle. Am Schluß des Berichtsjahres waren 8 „Bazillenträgerinnen“ vorhanden. Gesamtausgabe 335 407 M.

Feldhof (42): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 1481 (753 M. 728 Fr.), davon in der Zentrale Feldhof 1170 (568 M. 602 Fr.), in den Filialen Lankowitz 119 Fr., Kainbach 176 M., Hartberg 16 (9 M. 7 Fr.). Zugang 761 (407 M. 354 Fr.), darunter 103 (77 M. 26 Fr.) mit Paralyse, 61 (48 M. 13 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 683 (382 M. 300 Fr.). Genesen 127 (64 M. 63 Fr.) = 15,72% der Aufnahmen. Gestorben 230 (141 M. 89 Fr.). 2 Fälle von Suicid. Zahlreiche Trachomerkrankungen. Tuberkulose war 53mal Todesursache.

In der Landes-Irren-Siechen-Anstalt Schwanberg betrug der Anfangsbestand 204 (101 M 103 Fr.), Zugang 19 (9 M. 10 Fr.). Abgang 19 (10 M. 9 Fr.). 7 Todesfälle, davon 4 durch Tuberkulose.

Niedernhart (73): Beginn des Berichtsjahrs mit 709 (346 M. 363 Fr.), darunter mit Paralyse 64 (43 M. 21 Fr.), mit Alkoholismus 22 (20 M. 2 Fr.). Zugang 337 (157 M. 180 Fr.), und zwar 70 (40 M. 30 Fr.) mit Paralyse, 22 (20 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 329 (164 M. 165 Fr.). Geheilt 73 (34 M. 39 Fr.), Abgabe in andere Anstalten 18 (11 M. 7 Fr.), sonstiger Abgang 144 (68 M. 76 Fr.), gestorben 94 (51 M. 43 Fr.). Tuberkulose war 16mal Todesursache, Paralyse 31mal, 1 Suicid.

Der Bericht über das Irrenwesen Ungarns im Jahre 1906 (97) klagt wieder über allgemeine Überfüllung in allen Anstalten. Die Gesamtzahl der in den

verschiedenen Instituten verpflegten Geisteskranken ist gegen das Vorjahr um 423, und zwar von 7022 auf 7445 gestiegen. Abhilfe wird mit Recht nur von dem beabsichtigten Neubau weiterer staatlicher Irrenanstalten erhofft. Der erfreuliche Ausbau der Familienpflege in den letzten Jahren sowie die Einrichtungen von Irrenabteilungen im Anschluß an allgemeine Krankenhäuser vermögen für sich allein die immer brennender werdende Irrenfrage nicht zu lösen. Ausführliche Tabellen berichten über die Krankenbewegung in den Staats- und Privatanstalten. Über die Familienpflege in Dicsöszentmärton erstattet der leitende Arzt Dr. *R. Fabinyi* besonderen Bericht. Diese Familienpflege begann am 15. August 1905 mit 15 Kranken und hat sich zu einer ansehnlichen Pflegekolonie nach dem Muster Gheels und Uchtspringes entwickelt. Am 1. April 1907 genossen bereits 170 Kranke die Wohltaten der Familienpflege.

Burghölzli (32): Bestand am 1. Januar 1906: 379 (174 M. 205 Fr.). Zugang 350 (208 M. 142 Fr.), davon 272 (165 M. 107 Fr.) frische Aufnahmen; 22 (16 M. 6 Fr.) mit Paralyse, 21 (10 M. 11 Fr.) mit Dementia senilis, 39 (38 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Abgang 323 (193 M. 130 Fr.). Geheilt und gebessert 159 (97 M. 62 Fr.) = 49,2% des Gesamtabgangs, gestorben 50 (30 M. 20 Fr.), ungebessert 108 (63 M. 45 Fr.), nicht geisteskrank 6 (3 M. 3 Fr.). Tuberkulose war 8 mal, Krebs 3 mal Todesursache. „Bettgurt" vorübergehend bei Selbstgefährlichkeit. Beschäftigt wurden 71,87% M. und 81,77% Fr.

Friedmatt (45): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 275 (138 M. 137 Fr.), darunter 17 (13 M. 4 Fr.) mit Paralyse, 23 (11 M. 12 Fr.) mit Alkoholismus. Zugang 266 (149 M. 117 Fr.), davon 119 (75 M. 44 Fr.) erste Aufnahmen. 27 (16 M. 11 Fr.) mit Paralyse, 50 (40 M. 10 Fr.) mit Alkoholismus. Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 78 Kr. bis 1 Monat, bei 22 Kr. 2—3 Monate, bei 40 Kr. 4—6 Monate, bei den übrigen Kranken über 6 Monate. Abgang 247 (132 M. 115 Fr.). Genesen und gebessert 133 (79 M. 54 Fr.), ungebessert 77 (34 M. 43 Fr.), nicht geisteskrank 6 M., gestorben 31 (13 M. 18 Fr.). Schwere Influenzaepidemie, mehrere Dysenteriefälle.

Waldau (98): Bestand am 1. Januar 1906: 596 (291 M. 305 Fr.), darunter 47 (22 M. 25 Fr.) mit organischen Störungen und 21 (19 M. 2 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 138 (68 M. 70 Fr.), davon 111 (60 M. 51 Fr.) erste Aufnahmen. 25 (12 M. 13 Fr.) mit organischen Störungen, 13 (11 M. 2 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung kamen 7 M. Heredität bei 58,33% M. und 58,92% Fr. Abgang 123 (63 M. 60 Fr.). Genesen 30 (15 M. 15 Fr.) = 21,74% der Aufnahmen. Gestorben 27 (17 M. 10 Fr.) = 3,77% des Gesamtbestandes. Typhus war 1 mal, Tuberkulose 2 mal Todesursache.

Münsingen (98): Bestand am 1. Januar 1906: 721 (338 M. 383 Fr.), darunter 47 (18 M. 29 Fr.) mit organischen Störungen, 30 (24 M. 6 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 209 (89 M. 120 Fr.), davon 162 (73 M. 89 Fr.) erste Aufnahmen. 18 (13 M. 5 Fr.) mit organischen Störungen, 16 (8 M. 8 Fr.) mit Intoxikationspsychosen.

Heredität bei 32,5% M. und 40% Fr. = 37,3% der Aufgenommenen. Zur Beobachtung kamen 19 (14 M. 5 Fr.), darunter Tatiana-Leontieff. Sie war erblich

schwer belastet und hatte 1905 eine Psychose durchgemacht; sie erwies sich als eine fanatische Parteigängerin der revolutionären sozialistischen Partei Rußlands, bereit, alle Folgen der Straftat ruhig zu tragen. Abgang 175 (73 M. 102 Fr.). Genesen und gebessert 89 (37 M. 52 Fr.), ungebessert 39 (16 M. 23 Fr.), nicht geisteskrank 10 (8 M. 2 Fr.), gestorben 37 (12 M. 25 Fr.) = 4% aller Verpflegten. Tuberkulose war 5 mal, Typhus 1 mal Todesursache.

Bellelay (98): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 309 (133 M. 176 Fr.), darunter 8 (5 M. 3 Fr.) mit organischen Störungen, 5 (4 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen Zugang 19 (12 M 7 Fr.), 3 (2 M. 1 Fr.) mit organischen Störungen, 2 M. mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung kamen 3 Fälle. Abgang 20 (7 M. 13 Fr.); ungebessert 5 (4 M. 1 Fr.), gestorben 15 (3 M. 12 Fr.), 2 Typhusfälle; Infektionsquelle das Trinkwasser. Dauernde Überfüllung in allen bernischen Anstalten, Platz nur durch eine neue Pflegeanstalt zu schaffen.

St. Pirminsberg im Kanton St. Gallen (78): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 237 (125 M. 112 Fr.), darunter 17 (7 M. 10 Fr.) mit organischen Psychosen, 7 M. mit Intoxikationspsychosen. Zugang 100 (54 M. 46 Fr.), davon 91 (48 M. 43 Fr.) frische Aufnahmen. 18 (8 M. 10 Fr.) mit organischen Psychosen, 9 M. mit Intoxikationspsychosen. Heredität bei 69% der erstmalig Aufgenommenen. Abgang 100 (56 M. 44 Fr.). Geheilt und gebessert 65 (38 M. 27 Fr.), ungebessert 11 (5 M. 6 Fr.), nicht geisteskrank 3 M., gestorben 21 (10 M. 11 Fr.). Genesen 40% des Gesamtabganges.

Bei vermehrter Bettbehandlung ist der Prozentsatz der arbeitenden Kranken auf 40,8% bei den Männern und 63,2% bei den Frauen gestiegen. Die Beschaffung eines nach Zahl und Leistungen genügenden Wartpersonals gestaltet sich immer schwieriger. Abhilfe kann nur eine beträchtliche Aufbesserung der Löhne schaffen.

Wil im Kanton St. Gallen (104): Bestand am 1. Januar 1906: 759 (371 M. 388 Fr.). Zugang 422 (197 M. 225 Fr.), darunter 87 (39 M. 48 Fr.) mit Körperkrankheiten. 74 (35 M. 39 Fr.) mit organischen Störungen, 34 (24 M. 10 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Heredität bei 58% M. und 60% Fr. Krankheitsdauer bei 124 (55 M. 69 Fr.) 1—6 Monate. Zur Beobachtung 7 Fälle. Mit dem Strafgesetz waren in Konflikt geraten 18% der aufgenommenen geisteskranken Männer. Abgang 399 (185 M. 214 Fr.). Geheilt und gebessert 191 (79 M. 112 Fr.), ungebessert 60 (30 M. 30 Fr.). Gestorben 144 (74 M. 70 Fr.) = 12% aller Verpflegten. Von den Geisteskranken starben 92 (51 M. 41 Fr.) = 10% des Gesamtbestandes.

Königsfelden im Kanton Aargau (59): Bestand am 1. Januar 1906: 671 (300 M. 371 Fr.), davon 22 (15 M. 7 Fr.) mit organischen Störungen, 41 (34 M. 7 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 153 (74 M. 79 Fr.). 19 (11 M. 8 Fr.) mit organischen, 13 (11 M. 2 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Bei 26% der Aufnahmen betrug die Krankheitsdauer vor der Aufnahme bis 3 Monate, bei 11% 4—6 Monate, bei 6% 7—12 Monate, bei 32% 1—5 Jahre, bei 22% über 5 Jahre. Heredität bei ca. 70%. Zur Beobachtung kamen 5 (4 M. 1 Fr.). Abgang 139 (72 M. 67 Fr.). Geheilt 25 (13 M. 12 Fr.) = 16,3%. Gebessert 63 (37 M. 26 Fr.) = 41%; ungebessert 13 (7 M. 6 Fr.) = 1,5%, gestorben 38 (15 M. 23 Fr.) = 24%. Tuberkulose war 7 mal, Karzinose und Sarkomatose 5 mal Todesursache. Von den

Männern waren durchschnittlich 27%, von den Frauen 31% beschäftigt. Erysipelepidemie auf der Frauenseite. Zur notwendigen Anstaltsvergrößerung sind 720 000 Fr. bewilligt; mit den Vorarbeiten ist sofort begonnen, so daß die Bauarbeiten im Frühjahr in Angriff genommen werden konnten. In den Pflegeanstalten Leuggern und Gnadenthal befanden sich am Schluß des Berichtsjahres 20 (6 M. 14 Fr.) und 3 M.

Münsterlingen im Kanton Thurgau (70): Bestand am Beginn des Berichtsjahres 381 (142 M. 239 Fr.). Zugang 154 (80 M. 74 Fr.). 18 (13 M. 5 Fr.) mit organischen Störungen, 15 (14 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Abgang 140 (67 M. 73 Fr.). Geheilt und gebessert 87 (41 M. 46 Fr.), ungebessert 24 (13 M. 11 Fr.), gestorben 28 (12 M. 16 Fr.) = 5,23% aller Verpflegten. Zur Verhütung von Selbstbeschädigungen, zur Schonung von Verbänden und auch wegen Zerreißens bei 18 (5 M. 13 Fr.) mechanische Beschränkungen. Künstliche Ernährung bei 14 Fr. 5 M. 2150 mal. Mehrere Fälle von Gesichtserysipel, einer mit letalem Ausgang.

Friedheim in Zihlschlacht, Kanton Thurgau (107): Bestand am 1. Januar 1905: 23 (14 M. 9 Fr.). Zugang 1905-06: 111 (71 M. 40 Fr.), 15 (13 M. 2 Fr.) mit organischen Psychosen, 24 (22 M. 2 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Heredität bei 52 (35 M. 17 Fr.). Abgang 99 (69 M. 30 Fr.). Geheilt und gebessert 69 (48 M. 21 Fr.), ungebessert 24 (16 M. 8 Fr.), gestorben 6 (5 M 1 Fr.). Dauerbad- und Wachsaalbehandlung bilden nach wie vor bei allen akuten Fällen die Grundlage der Behandlung.

Rheinau im Kanton Zürich (80): Bestand am 1. Januar 1906: 937 (419 M. 518 Fr.). Zugang 111 (59 M. 52 Fr.), 25 (11 M. 14 Fr.) mit organischen Störungen. 6 (4 M. 2 Fr.) mit Alkoholismus. Abgang 93 (50 M. 43 Fr.). Geheilt und gebessert 25 (18 M. 7 Fr.), ungebessert 16 (12 M. 4 Fr.), gestorben 52 (20 M. 32 Fr.). Tuberkulose war 7 mal Todesursache. 4 Typhusfälle. Beschäftigt waren 56%. Überfüllung mit ihren unliebsamen Folgen beginnt wieder.

Waldhaus im Kanton Graubünden (99): Bestand 1. Januar 1906 in der Irrenabteilung 286 (158 M. 128 Fr.). 20 (13 M. 7 Fr.) mit organischen Störungen, 9 (8 M. 1 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zugang 106 (50 M. 56 Fr.), davon 88 (39 M. 49 Fr.) frische Aufnahmen. 17 (10 M. 7 Fr.) mit organischen Störungen, 13 (10 M. 3 Fr.) mit Intoxikationspsychosen. Zur Beobachtung 1 M. Heredität bei 38 (14 M. 24 Fr.). Krankheitsdauer vor der Aufnahme bei 33 bis zu 6 Monaten. Abgang 94 (49 M. 45 Fr.). Genesen und gebessert 43 (25 M. 18 Fr.), ungebessert 17 (9 M. 8 Fr.), gestorben 34 (15 M. 19 Fr.) = 8,6% des Gesamtbestandes. Tuberkulose war 5 mal Todesursache.

Sonnenhalde bei Riehen im Kanton Basel (92): Bestand zu Beginn des Berichtsjahres 20. 141 Aufnahmeanträge. 106 Aufnahmen. Heredität bei 36 Fällen. Abgang 96. Geheilt und gebessert 76, ungebessert 18, gestorben 2.

Ein Nachruf für den Erbauer und ersten Leiter der Anstalt *Burkhardt* — *Heusler* leitet den Bericht ein.

Genf (49): Krankenbestand am 1. Januar 1906: 291 (138 M. 153 Fr.) Aufgenommen wurden 268 (145 M. 123 Fr.). Entlassen wurden 215 (115 M. 100 Fr.), es starben 55 (26 M. 29 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1906: 289 (142 M. 147 Fr.). Verhältnis der Heilungen zu der Gesamtzahl der Verpflegten 11%, zu der Zahl der Aufnahmen 24%, zur Zahl der Entlassungen 24%. Verhältnis der Todesfälle zur Gesamtzahl der Verpflegten 10%, zur Zahl der Entlassungen 20%. Von den Männern litten mehr als 1/3 der Aufnahmen an alkoholischen Geistesstörungen. Besonders verbreitet ist die Epilepsie auf alkoholistischer Basis. Alle Alkoholiker genossen Absinth. *Ganter.*

L'asile de Cery (33): Bestand am 31. Dezember 1906: 524 (251 M. 273 Fr.). Aufgenommen wurden 341 (195 M. 146 Fr.). Gesamtzahl der Verpflegten 865 (446 M. 419 Fr.). Entlassen wurden 344 (185 M. 159 Fr.). Bestand am 31. Dezember 1906: 521 (261 M. 260 Fr.). Als geheilt wurden entlassen 42 (24 M. 18 Fr.), als gebessert 129 (65 M. 64 Fr.), ungeheilt 99 (52 M. 47 Fr.), es starben 74 (44 M. 30 Fr.). *Ganter.*

Maison de santé de Préfargier (79): Bestand am Anfang und Ende des Berichtsjahres 119. Es wurden aufgenommen 93 (47 M. 46 Fr.), entlassen 93 (44 M. 49 Fr.), und zwar: als geheilt 39 (19 M. 20 Fr.), als gebessert 21 (8 M. 13 Fr.), ungeheilt 22 (10 M. 12 Fr.), es starben 7 M. 4 Fr., und zwar an Marasmus 3, an progressiver Paralyse 3, an Tuberkulose 2, an Herzschwäche 2, an Apoplexie 1. *Ganter.*

49. Jahresbericht der Generalkommission für die Irrenanstalten Schottlands (90).

Zahl der Geisteskranken am 1. Januar 1907:

Art der Anstalt	M.	F.	Summe	Privatkranke M.	Privatkranke F.	Privatkranke S.	Arme Kranke M.	Arme Kranke F.	Arme Kranke S.
In Kgl. Anstalten . .	1 653	2 000	3 653	841	1 002	1 843	812	998	1 810
„ Distriktsanstalten .	4 677	4 423	9 100	121	174	295	4 556	4 249	8 805
„ Privatanstalten . .	37	67	104	37	67	104	—	—	—
„ Gemeindeanstalten .	283	283	566	—	—	—	283	283	566
„ Armenhäusern . . .	416	375	791	—	—	—	416	375	791
„ Privatwohnungen . .	1 220	1 687	2 907	46	87	133	1 174	1 600	2 774
Summe	8 286	8 835	17 121	1 045	1 330	2 375	7 241	7 505	14 746
„ der Kriminal-Irrenanstalt zu Perth . .	44	7	51	—	—	—	—	—	—
„ den Hilfsschulen . .	264	157	421	118	70	188	146	87	233
Summe	8 594	8 999	17 593	1 163	1 400	2 563	7 387	7 592	14 979

Verhältnis der Zahl der Geisteskranken auf 100 000 der Bevölkerung:

Jahr	Privatkranke	Arme Kranke	Summe
1. Januar 01.	50	299	349
„ 02.	50	303	353
„ 03.	50	308	358
„ 04.	52	307	359
„ 05.	52	311	363
„ 06.	51	312	363
„ 07.	50	312	362

722 Kranke wurden aus Anstalten in andere übergeführt. 103 Kranke traten freiwillig ein.

Als geheilt wurden entlassen: von den Privatkranken 221 = 41,2% der Aufnahmen, d. h. 23 weniger als im vorigen Jahr und 31 weniger als nach dem Durchschnitt von 1900-04. Von den armen Kranken 1126 = 39,4% der Aufnahmen, d. h. 89 weniger als im vorigen Jahr und 165 weniger als nach dem Durchschnitt von 1900-04. Als ungeheilt wurden entlassen: von den Privatkranken 116 = 5,2% der Verpflegten, d. h. 18 weniger als im vorigen Jahr und 12 weniger als nach dem Durchschnitt von 1900-04. Von den armen Kranken 451 = 3,8% der Verpflegten, d. h. 13 mehr als im vorigen Jahr und 38 mehr als nach dem Durchschnitt von 1900-04. Es starben: von den Privatkranken 205 = 9,1% der Verpflegten, d. h. 22 mehr als im vorigen Jahr und 37 mehr als nach dem Durchschnitt von 1900-04. Von den armen Kranken 1128 = 9,5% der Verpflegten, d. h. 9 weniger als im vorigen Jahr und 114 mehr als nach dem Durchschnitt von 1900-04.

Es starben an Meningitis 6 M. 12 Fr., an progressiver Paralyse 155 M. 44 Fr., an Gehirnerweichung 9 M. 25 Fr., an Epilepsie 43 M. 29 Fr., an Apoplexie 49 M. 47 Fr., an Gehirntumoren und organischen Gehirnkrankheiten 20 M. 33 Fr., an Erschöpfung 28 M. 50 Fr., an Rückenmarkskrankheiten 7 M. 3 Fr., an Neuritis und Sklerose 1 M. 6 Fr., an Blutgefäßerkrankungen 19 M. 19 Fr., an Lungenschwindsucht 94 M. 107 Fr., an Pneumonie, Bronchitis, Pleuritis 94 M. 73 Fr., an sonstigen Lungenkrankheiten 31 M. 39 Fr., an Herzkrankheiten 141 M. 149 Fr., an Krankheiten des intestinalen Traktus 28 M. 40 Fr., an Nieren- und Blasenkrankheiten usw. 48 M. 47 Fr., an Dysenterie, Enteritis 13 Fr., an Erysipel 2 M., an Septikopyämie 5 Fr., an Typhus, Influenza usw. 9 M. 5 Fr., an bösartigen Geschwülsten 23 M. 24 Fr., an Geschlechtskrankheiten (Syphilis usw.) 3 M. 2 Fr., an Tuberkulose (außer Lunge) 19 M. 25 Fr., an Krankheiten des lymphatischen Systems 2 Fr., an Altersschwäche 66 M. 117 Fr., durch Selbstmord und Unglücksfälle 9 M. 7 Fr.

138 Kranke wurden versuchsweise entlassen. Von diesen konnten 32 als geheilt zu Hause bleiben, 30 wurden wieder zurückgebracht, 1 starb.

157 Kranke entwichen. Von diesen wurden 129 wieder zurückgebracht. Von den übrigen konnten 8 als geheilt, 15 als gebessert, 3 als ungeheilt bezeichnet werden, 2 starben.

104 Unglücksfälle kamen vor. Davon endeten 13 tötlich, in 9 Fällen handelte es sich um Selbstmord. Die Art des Selbstmordes bestand im Sich-ertränken, Sich-erhängen, Sich-vom-Zug-überfahren-lassen. Ein Kranker entriß dem Rasierer das Messer und schnitt sich die Kehle durch, einer drang in die Badestube, ließ heißes Wasser in die Wanne laufen und ertränkte sich. In den andern Unfällen handelte es sich meist um Knochenbrüche, die sich die Kranken vielfach bei gegenseitigen Streitigkeiten zufügten.

Vom Pflegepersonal schieden 1146 aus, davon 872 freiwillig, 59 gingen wegen Krankheit, 14 starben, 38 verschwanden, 149 wurden wegen Unbrauchbarkeit fortgeschickt, 14 wurden als überflüssig entlassen.

Durchschnittlich wurden in den letzten 5 Jahren in allen Anstalten nur bei 36 Kranken Zwangsmittel angewandt, und zwar bei 9 aus chirurgischen Gründen. Das macht in jedem Jahr 0,29% der Verpflegten. Durchschnittlich wurden in dem genannten Zeitraum jährlich 72 Kranke isoliert, d. h. 0,59% der Verpflegten.

Die Verpflegung kostete in den 19 Distriktsanstalten 221 930 £, auf den Kranken 25 £ 15 s. 6 d. *Ganter.*

Der brandenburgische Hilfsverein für Geisteskranke zu Eberswalde (28) zählt jetzt 337 Mitglieder. An baren Unterstützungen wurden an 125 Empfänger 4369,51 M. verausgabt. Satzungen und Mitgliederverzeichnis.

Der Hilfsverein für die Geisteskranken in Hessen (54) hatte eine Gesamteinnahme von 36635 M. und verausgabte an Unterstützungen 25 064 M. Der außerordentlich segensreich wirkende Verein sucht durch fortgesetzte geeignete Belehrung die leider noch immer herrschenden Irrtümer und Vorurteile über Stellung und Bedürfnisse der Geisteskranken aufzuklären und richtige Anschauungen zu verbreiten. Er wendet sich an die Bevölkerung von Stadt und Land, sucht sie für seine Sache zu interessieren und wirbt brauchbare Bewerber und Bewerberinnen zur Krankenpflege in den Anstalten.

Alphabetisches Inhaltsverzeichnis des Literaturberichtes.

(Die Zahlen mit einem Sternchen (*) bedeuten die Seiten des Literaturberichtes, die Zahlen ohne Stern die Nummern der angeführten Veröffentlichungen.)

1. Sachregister.

2. Namenregister.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHIATRIE
UND PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN
HERAUSGEGEBEN VON
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

LITERATURHEFT ZU BAND LXV

BERICHT
ÜBER DIE
PSYCHIATRISCHE LITERATUR
IM JAHRE 1907

REDIGIERT
VON

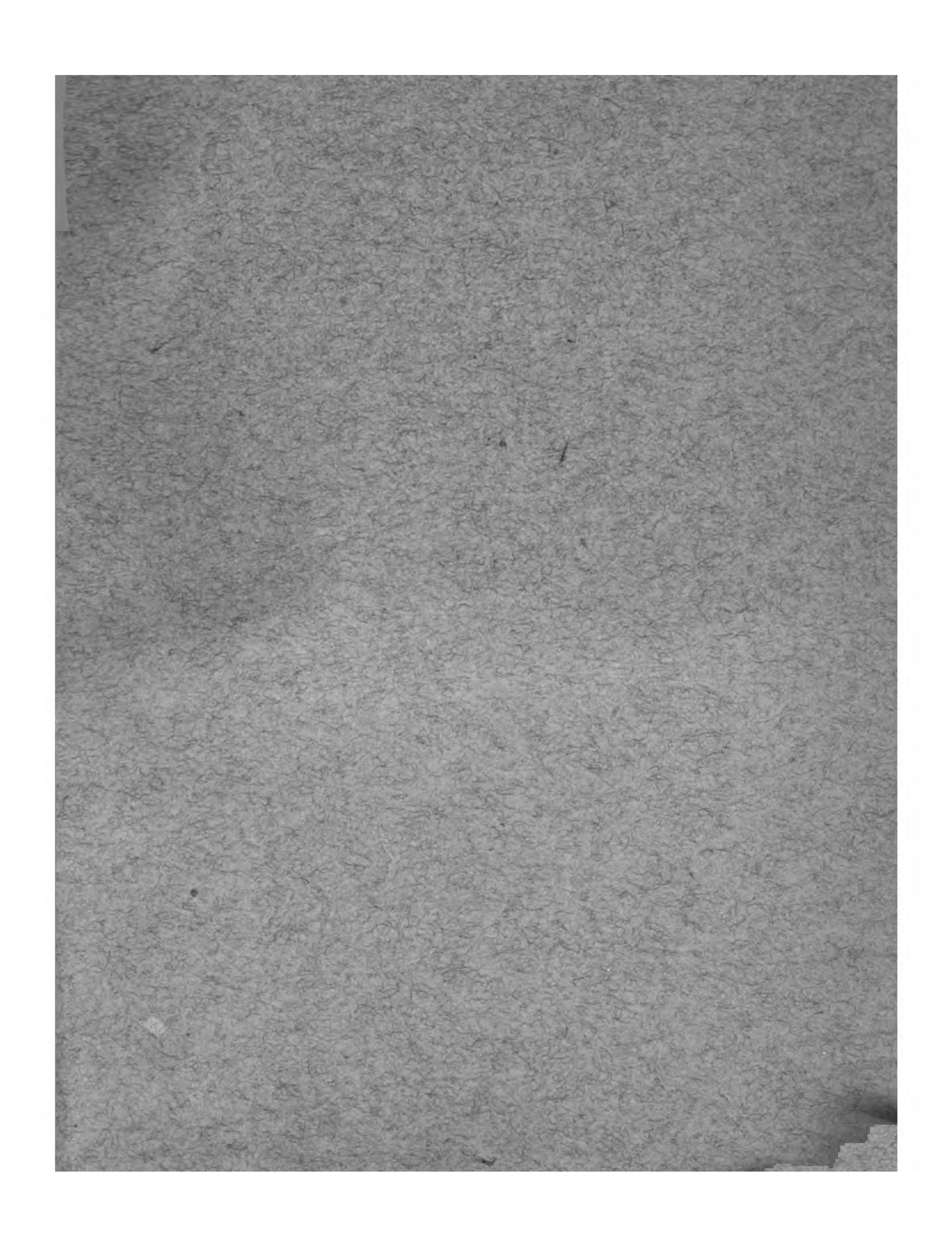
OTTO SNELL
DIREKTOR DER HEIL- U. PFLEGEANSTALT
LÜNEBURG

AUSGEGEBEN AM 28. JULI 1908



BERLIN
W. 35. LÜTZOWSTRASSE 107-8
DRUCK UND VERLAG VON GEORG REIMER
1908.

JÄHRLICH EIN BAND VON 7 HEFTEN PREIS PRO BAND 30 MARK
(6 HEFTE ORIGINALIEN UND 1 HEFT LITERATURBERICHT).




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 02171 6454